

イギリス新労働党の国民保健サービスの再形成へ II

“New” Labour Party's Remaking of National Health Service in England II
 新NHS国民保健サービスの基礎的構造編（続）と制度的ダイナミックスの変更（他）編とその枠組み編

檜原 朗*

Akira Kashiwara

Abstract

In Labour's early years, Ministers sought to avoid structural reorganization yet to create a new culture for National Health Service, by abolishing the internal market in Thatcher and Major eras and what Health Secretary Frank Dobson saw as the excessive influence of the business culture. The transformation has been long in the making. It has involved a step-by-step retreat from Labour's 1997 model of NHS. Drastic turning point is 'NHS Plan' in the Milburn era. But still it was looming. On May 2001, Secretary of Health (Milburn) published 'Shifting the Balance of Power.' It was to be the following year that 'new market' was heralded. StBoP heralded the radical devolution of commissioning / purchasing from Health Authorities to Primary Care Trust (after that Foundation Trust) and the replacement of the eight regional Health Authorities with 29 Strategic Health Authorities (SHAs).

Original aim was to devolve services to the frontline.

Institutional architecture of NHS rest on three pillars. The first is devolution from the centre and accountability to local people. The second is a patient choice-creating, patient-led NHS. The third is new system for paying providers. It has meant a move towards a plurastic, quasi-market model driven by consumer choice and shifting power to periphery. A plurality of providers will compete, with money following patient (Payment by result-PBR). However, not all has changed in a stroke. The Result is a policy layer cake with elements from different eras. Dobsonian, Milburnian, Reidian and Hewittian (except Dobson, all Blarite). This paper involve changing structure, changing the Institutional dynamics, funding, choice and reforming primary care.

抄録

イギリスの国民保健サービス法は1946年に成立、以前の国民健康保険にかわって1948年に他の社会保障関係の法とともに1948年に実施された。それは、費用の90%以上を税（ただし、国民保険法で国民保健サービスにまわす保険料を一部徴収している）による国営医療サービスである。医療の給付は基本的には無料である（一部有料のものもある）。しかし、その体制は必ずしも現代化されていなかった。1997年に政権についた新労働党は当初、組織等を大幅に変更するつもりはなかったが、2000年以後、大転換を試みた。費用の90%を税金によることは変わらなかった。毎年医療への支出投資を一定%ずつ拡大するとともに、当初、保守党のモデルとして廃止したものの、有効性のあるものは名称を変えてより現代化して取り入れ、旧労働党には考えられなかった大改革をした。

国家の管理統制機構を完全に換え、第一線を重視し、患者の選択を重視し、準市場モデルを導入するなどあらゆる面の変革に努力した。それは当然、長期間を要した。ブレアのもと、歴代の保健大臣は成果をつみあげた。それは政策のレイヤーケーキとでもいわれるべきものであった。プライマリケアも変革した。保健省の官吏も大幅に縮小した。そして監視はモニター制をとった。幾つかのホワイトペーパーと何年にもわたる個々の法律が成立した。制度、法律の実施は08年頃までかかる。ブレアは他の福祉関係の法も大変革し、それらを見届けて首相の地位を去った。名称は同じであるが、アトリーの時代とブレアの時代の違いを象徴するものとなった。

Key Words

Changing the institutional dynamics ; Consumerism ; Competition ; Choice, Payment by result ; Foundation trusts, Independent monitor ; Reforming the primary care

キーワード

制度的ダイナミックスを変える、コンシューマリズム、競争、選択、成果による支払い、ファウンデーショントラスト、独立モニター制、プライマリケアの改革

* 山口県立大学大学院健康福祉学研究科教授

第5部 基金と資源

(Funding and resources)

イギリスの保健ケアへの支出はつねに相対的に低かった。NHSの制度は誇るに値するものであったが、その他は医療は疲弊していた。しかし、2000年以降、NHSへの支出の大幅な増額が労働党政府の主要な政策目標となった。NHSへの政府支出は1997年のGDPの5.4%から2005-6年の7.1%に上昇した。さらに、2007-8年までにGDPの7.8%まで上昇されるとしていた。

NHSの政府基金は保健ケアの総支出の82%になる。他の18%は民間の医療保険と自己支払の個人患者分がしめている。

政府支出の総増加(政府及び民間支出を含めて)は、2007-8年までにGDPの9.2%に達する。それでも、フランス、ドイツ、アメリカ合衆国はそれぞれ2003年に10%、11.5%、15%を保健ケアに支出している。NHSへの政府支出は主として一般課税からである。

それは2005-6年のその基金の74%をしめている。これは国民保険拠出(すべてで20%)プラス料金(処方箋料及び歯科料金)及び土地の売却などによる。すべてのこの支出はcash-limitedであるといわれている。総額は保健省と協議の上、財務省により決められる。

保健省は基金の配分を決める。1998年以來、これらの決定は3年の大枠の公的支出の脈絡で決められる。¹⁾

イングランドのNHSの資源の割当

(The allocation of resources for the NHS in England)

イングランドのNHSへの政府支出は2005-6年で760億ポンド、2007-8年までに920億ポンドに上昇する。保健省はこれらの資源を財務省により承認された供給推定(supply estimate)にしたがって配分する。収入割当はスタッフの俸給のような経常費や薬剤、燃料を含めて財やサービスの購入をカバーする。資本割当は、土地建物や医療装置などのように一年以上便益をもたらす資産の購入及び維持するもののためでもある。

歳入の割当 (Revenue allocation)

2005-6年の歳入の割当は722億ポンドで総NHS割当の95%である。この比較的少額の部分(3億ポンド)は保健省の運営費及びさまざまな特殊な機関の「中央保健及び雑サービス」調査開発資金といわれるものをカバーする。しかし、収入割当の98%は病院、コミュニティ及び家庭保健サービスの提供のためのものであ

り、2005-6年で706億ポンドになる。過去に、病院サービスは病院、コミュニティ及び家庭保健サービスに対する割当の50%をかなり越えていたが、コミュニティ関係のサービス供給へのサービスの移行がなされるにつれて減少するはずである。

病院、コミュニティ及び家庭保健サービスに対する収入は異なった基金の流れを通じて配分される。すなわちプライマリケアトラスト(Primary Care Trusts-PCTs)への直接的あるいは統合的配分、中央予算(central budgets)、眼科医及び薬剤師の非裁量的基金の流れ、NHS歯科サービスに対するPCTsへの配分である。

PCTsに対する直接割当 (Direct allocations to PCTs)

病院、コミュニティ及び家庭保健サービスに対する歳入は「統合割当」としてPCTsに直接に割当られる。PCTsはこれらの基金を彼らの地方の住民のためにNHSトラスト、ファンデーショントラスト(Foundation Trusts)、治療センター、独立提供者、開業医診療から病院、コミュニティ及びプライマリケア医療サービスを購入するために使う。それゆえ、これまでの個々の一般開業医に対する診療契約にかえ、PCTsと診療所との契約の形をとり、04年度より新しい内容の診療契約が実施された(この改革で後述のように住民は診療所に登録することとなった)。戦略保健当局(Strategic Health Authorities-SHAs)の運営費もまた彼らPCTsの割当からみたまされる。2005-6年においてPCTsは直接あるいは「統合」割当として589億ポンドを受けたが、それはNHSへの総政府支出の78%に相当するものであった。2003年以來、これらの割当はPCTsが計画をあらかじめ立てることができるようにするために3年のベースで前もって行われている。

PCTsの「統合」割当は中央基金のイニシアティブ及びサービス(例えば喫煙中止サービス、選択的病院アポイント制度)を支払うために保健省の中央予算から彼らに割当られる。これらの割当は2005-6年に30億ポンドになり総NHS支出にしめるPCTsのシェアは81%に増加した。²⁾

中央予算 (Central budgets)

保健省は中央できめられた特別の目的のために幾らかの基金を割当てる。それを戦略保健当局(SHAs)、NHSトラスト、PCTsや特殊な機関に配分する。この基金はNHSスタッフの教育訓練研究開発支援、NHS訴訟当局の仕事のような項目をカバーする。それはまた待機時間に対応するため中央基金のイニシアティブサービスに払うのにも使われる。2005-6年にこれらの

中央予算の金額は117億ポンドすなわちすべての保健省の収入配分の16%をしめる。

非裁量的基金の流れ

(Non-discretionary funding streams)

非裁量的基金は保健省により維持されている。NHS眼科、薬剤サービスを提供するために開業医などに償還すべくPCTsによって引きおろされる。2003-4年にその支出はNHS眼科サービスに3億400万ポンド、NHS薬剤サービスに9億1800万ポンドであった。

NHS歯科サービスに対する基金

(Funding for NHS dental services)

NHS歯科サービスは伝統的にNHS薬剤及び眼科サービスに似た方法でなされる。2005-6年に16億ポンドである。

PCTsに対する直接あるいは統合された割当の配分

(The distribution of direct or unified allocations to PCTs)

PCT収入は病院、コミュニティ及び家族保健サービスに対して支払う「直接」あるいは統合的配分から成り立っている。これらの配分のある種の要素配分方式(allocation formulae)を使ってPCTに配分されるが、その目標は同様なニーズのある人に対する保健ケアへのアクセスに平等な機会を保障する歳入を配分することである。異なった方式が異なったサービス、すなわち病院、コミュニティ保健サービスHIV/AIDSのある人びとに対する、処方薬剤の費用、プライマリケアのある種の要素に使われる。

歳入配分方式 病院、コミュニティ保健サービス

及びプライマリケアの要素

(Revenue allocation formulae: Hospital and community health services and elements of primary care)

歳入を配分するために使われる配分方式はこれらの様々なサービスの地方のニーズにしたがって決まる。しかし、これらの方式は現在、PCTsの現実の割当を決定しない recurrent baselines として知られており、現実の割当は以前の割当配分の制度を引き継いだものである。その割当方式は各PCTsに対して公正シェア(fair share)あるいは目標割当(target allocation)として知られており、違った結果を生む。それらの現実の割当すなわちrecurrent baselinesは、変化のベースとして知られる増加した支出の配分を通じて目標割当(target allocation)に近くなる。より剥奪された地域におけるPCTs-彼らの配分目標から最も遠い-いわゆる最前線PCTs(spearhead PCTs)は最大の増額を受ける。その目標はすべてのPCTs-

は2010年までに彼らの目標の割当に到達すべきであるということである。

配分方式は「加重人頭割」方式(weighted capitation formulae)として以前から知られている。これはそれらが、(地方の)疾病率及び死亡率ならびにサービスの使用水準のような保健ケアのニーズの尺度に対して加重された人口数すなわち人頭にもとづくことを意味している。それらはまた「市場力」(market forces)-異なった地方におけるサービスを供給する費用の相違-に対しても調整されている。しかし、多くの新しい政策のイニシアティブはこれらの調査を余計なものにしつつある。患者がいかなる全国的提供者をも選ぶことができる「患者選択」が取り入れられることで、サービスの使用はもはや地方ニーズの厳密な反映でなくなるであろうからである。

しかし、一般開業医に対する診療契約は登録住民に応じた包括予算(以前の簡単な人頭割報酬にかえて加重人頭割で年齢性別単位等に多様な要素を組み合わせで算定される)が支払われる。これは基礎的サービスを付加的なサービスと組み合わせたものである。

方式の「人頭割」基礎を構成するのは以前のような地理的に定められた人口よりもむしろ、一つのPCT内の開業医に登録した患者である。

歳入割当方式は一般開業医サービス取りきめによりカバーされるプライマリケアサービスの諸要素に資源を配分するのに使われる。これらは基本的及び追加的サービスを含む。それに対して開業医はglobal sumとして知られる支払いを受ける。PCTsは配分のための仲介機関としてのみ行動する。2005-6年のイングランドのglobal sumは総額190億ポンドとなった。3人の終日勤務者と5500人の登録リストのある開業医診療で患者あたり54ポンド、年あたり305,000ポンドを受けた。「追加」あるいは時間外サービスを提供しないことを選ぶ診療は診療の加重された人口により調整された全国料率にしたがって減額される。例えば、時間外サービスを提供しないことを選択する開業医診療は、そのグローバル・サムの6%を削減された。

歳入割当方式はまた開業医診療のインフラ(情報技術及び診療所の敷地建物)と価値増加サービス(小手術など)に対する必要にしたがって歳入を割り当てる。2005-6年のPCTsはこれらの目的のために5億4,600万ポンドを受けた。

プライマリケアに対する新しい基金取りきめが2004年に導入されたとき、開業医の40%以上がプライマリ・メディカル・サービス(PMS)取りきめのもとで働

いていた。PCTはPMSの約束を可能にするように別個の歳入の割当を受けた。これは19億ポンドにも達した。³⁾

開業医診療の質に対する支払い：「質及び成果の枠組み」(Quality Payments To GP Practice : The ‘Quality and outcomes framework’)

PCTsは彼らが提供するサービスの質により開業医に支払う歳入も割当てられた。それは「質及び成果枠組み」として知られる年次品質改善サイクルへの自発的参加を通じる良い診療に報いることを意図した財政的インセンティブの制度である。この枠組みは4領域の146指標を含んでいる。すなわち、①冠状心臓病登録の維持あるいは喫煙停止勧告の提供のような指標のある臨床領域、②患者の測定の記録と最新の患者の概要の維持等の指標の組織領域、③子宮頸部のスクリーニングなどのサービスに関する指標を有する追加サービス領域、④相談の長さ及び診療が患者の経験を調査しているかの患者経験領域である。

歳入は彼らの地域の開業医診療のパフォーマンスの予測を基礎にして診療の登録リストの規模と病気の流行に対して調整されてPCTsに割当てられる。その総額は2005-6年で10億ポンドに達した。PCTsはこれらの基金をポイント制により開業医診療に配分する。各ポイントは2005-6年で1診療に120ポンドの貨幣価値をもつ。

他の歳入 (Other revenue)

PCTsの歳入のうち比較的少額は他の基金の流れの仕分けを通じて配分される。2006-7年及び2007-8年に、PCTsは2億1,100万ポンドと1億3,100万ポンドの総計を2004年の公衆保健のホワイトペーパー「保健を選択する」(Choosing Health) (比較的剝奪された地域にPCTsが役割を果たす)の履行のための資金になるものを受ける。これらの基金はプライマリケアのみならず、性的転換病 (sexually-transmitted diseases) に対するサービスを改善し、肥満に取り組むために児童に働きかける学校看護師及び保健訓練士のような公衆保健の改善にも使われることが意図されている。⁴⁾

PCTsに対する基金の他 (非保健省) の源泉

(Other (non-DH) sources of funding for PCTs)

保健省からの基金に加えて、最近の立法はPCTsに多くの新しい基金の流れへのアクセスを与えた。1999年の保健法 (Health Act) はPCTsが特殊な予算を、例えば高齢者、あるいは学習障害を有する人びとに対しサービスを保障するとき、地方当局のそれらとプー

ルすることを可能にした。この自由化は2001年の保健及びソーシャルケア法 (Health and Social Care Act) のもとで、PCTsがPCTsと地方当局の任意のパートナーシップであるケアトラスト (Care Trusts) を形成することを認めるべく拡大された。⁵⁾

資本割当 (Capital allocation)

資本割当はNHS資産の購入を取替えの資金のためにNHS機関になされたものである。病院及びコミュニティ保健サービスとプライマリケアに対する資本の割当について異なった制度が使われている。ここではプライマリケアに対する資本の基金について簡単にみておこう。(病院及びコミュニティ保健サービスに関しては省略)

プライマリケアに対する資本の基金

(The funding of capital for primary care)

総プライマリケア資産は、およそ21億ポンドと評価されている。大抵のプライマリケアの家屋敷は私的所有であり、16%のみがNHSにより所有されている。一方で土地は63%は私的所有であり、21%は民間の地主などから借りている。しかし、NHS基金の家屋敷や資本項目に関する費用に対して開業医への償還を通じて、これらの資産の購入及び維持をしている。しかし、現在公的-私的パートナーシップを含めて様々な形の所有制 (ownership) を通じて、プライマリケア資産の獲得のための主要な基金源となっているのは民間の資金 (private finance) である。

開業医は独立の事業者であるが、契約の条件のもとに、彼らが使うプライマリケア施設の費用についてNHS基金から償還を受ける資格がある。これは事業利子、上下水道設備 (water and sewage) ならびに周期的な屋敷費用 (recurring premises cost) などの項目に対する財政的援助を含む。後者はリース(家賃)、屋敷家屋を購入し修理するために支払われる利息の一定%を含む。もし、彼らが資産を即座に所有するならば、開業医の概念上の家賃 (notional rent) - もし、彼らが家屋等を借りていたとすれば、彼らが支払うであろう額 - を請求できる。そして医療機器を借りる費用についても財政援助を受けることができる。⁶⁾

基金の流れ：購入者から提供者へ

(The flow of funds :from commissioners to providers)

PCTsに割当られた歳入はコミッションングすなわち「購入」過程を通して病院及びコミュニティ保健サービスを提供するNHSトラスト (NHS trusts) 及び他の組織に流れる。政府は購入者-提供者の分割

(purchaser-provider split – 現在はcommissionerという言葉ではなくpurchasersを使っている)をNHS間で力の均衡を移行する重要なテコと考えた。NHSの構造的再組織は歳入がそれを通じて流れる道の変化によりともなわれた。これらの変化の意味を理解するためにcommissioning – すなわち契約と価格 – に含まれる取引の簡単な描写をタルボット・スミス及びポロック (Ailson Talbot-Smith and Allyson M.Pollock) によりみてみよう。

契約と価格 (Contracts and pricing)

NHSの1991年の内部市場の導入以来、病院及びコミュニティ保健サービスの提供者はコミッショナー(現在はPCTs)との契約を通じて彼らの歳入を得た。これらの契約のための競争はサービスの効率を増し質を改善することが意図されている。NHS内で、これらの契約は伝統的にサービス水準協定 (service level agreements) すなわちSLAsとして知られる (法により行われていたものではなく、保健大臣により監督されていた)。それは過去に定額契約block contractsの形をとった (患者と一定の範囲のサービスへのアクセスを与えるが、特殊な量の仕事あるいはケースあたりの価格をきめない)。それらは殆ど行政的なインプットを要せず、仕事量を予測することが困難であるサービスについて有利である。しかし、それらは効率あるいは質を改善するのに大きなインセンティブを提供しなかった。特定の価格に対する特定の仕事量に購入者と提供者が同意する「費用及び量」契約 (“cost and volume” contract) のようなものは殆ど使われなかった。しかし、1990年代の遅くになって、全国参考費用表 (National Schedule of Reference Cost) が発表され始めた。その年々の発表は契約を協議するとき購入者と提供者に対する水準基標を提供する意図をもっていった。その後、表はサービスを提供するPCTsの費用をもカバーした。⁷⁾

新しい財政的枠組み: 「成果による支払い」

The new financial framework: 'payment by results'

「成果による支払い」として知られる新しい財政的枠組みは2002年の「NHSプランを提供する」(Delivering NHS Plan) で導入された。

ファウンデーショントラスト (foundation trusts) は2005年4月に始まる3年の期間内にそれを履行することとされた。選択的ケア (elective care) で始まって、2008-9年までにそれはすべての病院サービスの90%のカバーが予定された。最終的にNHS内のすべてのサービスに対する支払いは救急サービス、コミュニティ保

健サービス、開業医サービスのある種の要素、NHS治療センターの仕事、すべての民間セクターの提供者によるNHSに与えられるサービスを含めて、「成果による支払い」になることとなる。

「成果による支払い」の枠組みはサービスの効率と質を増すインセンティブを提供することを意図している。サービスの量と混合に集中する契約の使用を通じて提供者は彼らが現実に提供したサービスに対してのみ支払われることとなる。全国料率表 (national tariff) はすべてのサービスあるいは治療に対する固定価格のリストである。その目的は提供者間の競争は、低い価格を提供するのではなく、より良い質と効率を基礎にしている。提供者はより良いサービスを提供することにより、どこで彼らの治療を受けるかを選択する患者をひきつけるために競争する。新しい財政的枠組みは購入者と提供者の間フルコスト及び量契約 (volume contract) を基礎にしている。これらは全国的な料率で支払われるために、遂行される治療の数を詳述している。現実の活動水準は二次使用サービス (Secondary Uses Services-SUS) により管理されるオンライン情報システムを通じてモニターされることになっている。

NHSトラストにとって、これらの契約 (サービス水準協定として知られる) は法により強制されるためではないが大臣によりNHS契約として残っている。

価格: 全国料率表 (*Pricing: the national tariff*)

新しい財政的枠組みは提供者間の競争が彼らのサービスの質 (待機の長さなど) を基礎にするが、それは最終的に彼らの効率に依存する (より低いコストで、余剰を生みそれでサービスを改善できるよう保証することが意図されている)。提供者間の価格競争はすべてのNHS提供者により行われるすべての手続きに対して固定価格を示した全国料率により排除されている。すべてのPCTsは提供者の立地にかかわらず同じ価格を支払う。しかし、提供者は彼らの地理的立地から結果する余分の費用をカバーすべく保健省から追加された (top up) 支払いを受けることができる。効率に対するインセンティブとして料率表価格より低い費用でサービスを提供することができる提供者はその結果生ずる余剰を留置することができる。全国料率で定められた価格でカバーできない者は余分の基金を受け得られない。それで彼らのサービスを維持するために費用の削減を強いられる。

全国料率のなかの価格はNHS参考費用表、すなわちNHS病院及びファウンデーショントラストによっ

て課せられた平均価格表にあるものを基礎にしている。それらは臨床及び非臨床項目（食物維持及び運営など）の費用を含む。一定の提供者のケースミックス（case mix）- 病気のきびしさすなわち患者の共通の疾病（co-morbidity）の混合は重大な費用上の意味をもちうるので、表の価格は個々の病気や治療に対するよりも保健資源グループ（health resource groups-HRGs）に対して定められる。HRGはdiagnostic resource group, すなわちアメリカで展開されたDRGのケースミックス調整制度に似た以前のNHS情報当局によって展開された分類制度である。全国料率の目的のために、それらはいわゆるケアの一続きの期間（入院から退院あるいは死亡までの期間）を等資源グループ診断-治療及びケアが同等である一続きの病気の期間のグループに分類する。例えば2005-6年に提供者は合併症のない帝王切開区分については1489ポンドを受けるが、合併症をとまなう帝王切開区分については2067ポンドを受ける。

病院サービスのみについて、認定された入院ケアについて500以上のHRGがあり、外来看護は39HRGに分類される。事故及び救急看護は3つの-高費用、標準及び小傷害単位の-看護に分類される、選択的入院患者及びデイケア患者は同価格で支払われる。これはより低度なデイケアスペースでトラストがより多くのサービスを提供する財政的インセンティブを与えることを意図している。購入者と提供者は料率価格のある種の要素を「分担する」方法を協議することもできる。

患者の選択 (Patient choice)

サービスの提供者を選ぶ患者の権利は新しい財政的な枠組みに中心的なものである。その意図は患者の選択は彼らの選択を財政的報酬に結びつけることにより制度を駆動させるであろうことである。すなわち行われた仕事を基礎に提供者に支払い、基金の流れが患者によりなされた選択にしたがうようにする。これは能率を促進するテコと考えられ、提供者が彼らのサービスの質を基礎に患者を求めて競わしめようとするものである。

個人患者選択の概念は患者が病院の選定と入院の時期を選ぶことができることを期待していた2000年の『NHSプラン』（NHS Plan）に基づいて導入された。2002年に発行された『NHS Plan を提供する』（Delivering the NHS Plan）はその後この政策を拡大して、患者を消費者と位置づけ、病院提供者を選ぶ患者の選択はNHSの中心的な特徴になるべきだと宣言した。これはまず心臓外科で6ヶ月以上待機している

患者に対して実施された。その後2005年12月までに選択ケアを必要とするすべての患者が4あるいは5の提供者の選択が認められるようになった。これらはNHSトラスト、ファウンデーショントラスト、NHSあるいは独立治療センター、独立セクターの病院、特殊な利害のある一般開業医を含む。2008年までに、この政策はさらに拡大され、患者は保健ケア委員会の標準（Health care Commission's standard）を満たし、NHSが支払う価格（全国料率）以内でケアを提供できるいかなる保健ケア提供者からも選ぶ権利を有する。

当然、患者は彼らの一般開業医との相談で種々の情報を基礎にその選定と入院の時期などを選ぶこととなる。⁸⁾

提供者のための基金の他の源泉-横断的課金と

ジョイントベンチャー

(Other sources of funding for providers: cross-charging and joint ventures)

2002年の政府の刊行物『NHS Planを提供する』は提供者に対して歳入の追加的源泉の導入を発表した。2003年の「コミュニティケア（退院遅延）法」（Community Care (Delayed Discharges) Act）はすべてのNHSトラスト、ファウンデーション病院、NHSケアを提供する独立セクター病院に遅延した退院につき横断的に課徴する（cross-charge）-すなわち、その退院が適切な人が非病院をベースにしたケアが利用できないために、その退院が遅れて、病院に置いておく費用に対して課する-ことを可能ならしめた。その目的は必要な代替的ケアを与えるインセンティブを地方当局に与えることである。

この制度は2004年1月に導入された。急性ケア（高齢者のサービスを含めて第二次ケアサービス）を提供する病院は地方当局にその退院が遅れた各患者につき一日あたり100ポンド（ロンドンでは120ポンド）を払う。

なお、2001年の「保健及びソーシャルケア法」はまた提供者が商業的な源泉から基金を得ることを可能にした。NHSトラスト（NHSトラストは1990年の「NHS及びコミュニティケア法」のもとで半自動的な機関として設置された。その財政的業務は他のNHS組織とは異なる。それらは各年に損得なしにすることが期待されている。それで彼らの支出はそれらの所得によりカバーされる）及びファウンデーショントラストは所得を引き出すためにパートナーシップあるいは共同企

業体に入ることが出来る。⁹⁾

第6部 効率と標準 (Efficiency and Standards)

この面についても2004年以来、大きく変わった。NHSは議会に責任を負う公的な制度から独立の規制官であるモニターに責任を負う公私混合提供の市場をベースにした制度への移行過程にある。それゆえ、両制度のもとで、ケアの効率、安全並びに標準が確保されねばならない。

以前は効率は保健省の地域 (regional) 及び地方事務所及び保健当局を通じて中央からの直接管理とそしてNHS被用者の公的サービスのエトスにより保証された。標準は主として臨床専門家の責任であった。標準は主として国立医科大学及び他の専門機関を通じて行使される臨床専門家の責任であった。NHSは効率及び標準についても議会に直接的に責任をおっていた。

対照的に市場ベースの制度では、効率は財政的インセンティブと制度内ですべての制度に課せられるペナルティにより確保されることを意味する。

しかし、競争のために、非競争的な病院を破産に追い込み、重要なサービスを閉鎖に追い込むことは認められない。それで、他の民営化された公的サービスと同様に、独立の規制官-政府から独立した-NHSトラストがファウンデーショントラストに転換し、独立の市場の俳優となると、それらが財政的に生存しうることを保証するよう市場の働きを規制する。NHS規制官の事務所はモニター (Monitor) と呼ばれる。

市場をベースにしたNHSへの移行は、つねに組織が水準を低下することにより費用を削減する厳しい競争に直面する誘惑があるので、臨床上の標準と安全性は外部のモニタリングと監査及び制裁により確保されねばならない。これは以前の公的に責任のある制度のもとに標準を保証した内部機構の多くが外的な規制により置き換えられつつあることを意味する。その最も重要な機関は、保健ケア委員会 (Healthcare Commission) である。それはすべての保健サービスが「目的に適合し」(fit for purpose) 安全であることを保証するのに責任をおう。もっともそれが独立セクターに適用する標準はNHSセクターに適用する標準とは異なるけれども。2010年までは効率と臨床上の標準の確保のために旧制度と新制度が並行して運営される。保健ケア委員会は両建である。待機時間 (waiting times) の削減のような政治的目標を満たすように政府を後押し標準を援助する一方、保健ケア委員会は

NHSトラストが彼らのパフォーマンスを評価等級づけし、それを財政的インセンティブ及び罰則につなぐことにより市場に入る準備をするようになる。

新保健ケア市場への入場と運営はモニターの仕事である。しかし、NHSトラストの圧倒的多数は2005年現在まだファウンデーショントラストではない。それらの経済的効率の確保は当面は戦略保健当局 (SHAs) を通じて監督と管理の旧制度責任である。すべてのNHS病院トラストは2008年の終わりまでにファウンデーショントラストになることが予定されているため、SHAsの活動期間は限られているが、それまでは大きな役割を果たす。

しかし、多くの他のもとの効率及び臨床標準を確保するための制度の多くの特徴は消えつつある。その結果、パフォーマンス管理と規制の新旧混合制度は複雑であり、混乱も多い。

その他、新開業医ならびに顧問医契約は政府にそして民間の保健ケア会社と、医師の労働方法ならびに彼らの仕事の内容を決定する大幅な権限を与えた。¹⁰⁾

契約 (Contracts)

効率及び水準に責任を特に負う機関を検討する前に、彼らの仕事が「購入者-提供者分割」に不可欠である契約と最終的に基づいていることをまず知る必要がある。スコットランドは別にしてすべてのプライマリー及び二次NHSケアは購入者 (PCTsある場合には開業医診療) 及び提供者-NHSトラスト、開業医及び独立提供者-の間で同意された契約の基礎の上に提供される。NHS内で、購入 (purchasing) は事実上 commissioning すなわち一定期間にわたる一定量のサービスの注文を意味する。NHSトラストにとって、コミッションング過程はサービス水準協定を結果する。これらは法的強制ではない。しかし、SHAsは彼らの遂行を監督する。

保健省はコミッションングの過程は提供者が提供するサービスを説明させるためにコミッショナーにより使われるべきことを意図している。新財政的枠組みのもとで、commissioningは費用と量契約 (cost and volume contracts) を基礎にしている。これらは提供されるべき活動水準 (手続き数や入院のようなもの) を特定する。特定された水準以上あるいは以下の活動は財政的調整を要する。そして、契約はリスクが管理される方法すなわち誰が過剰なあるいは過少な活動の財政的結果を負担するかに関してある種の明白な協定を含むべきである。

この制度はサービスの予想される、あるいは要求される水準に関して明白な予測をもった購入者（コミッショナー）と提供者の間の詳細な契約を求めている。ただ、2008年に患者選択が拡大されたとき、それがどのように機能するか明白でない。¹¹⁾

戦略保健当局とパフォーマンス管理 (Strategic health authorities and performance management)

戦略保健当局はPCTs及びNHSトラストに所得を支出とバランスさせるなど彼らの財政的義務について説明させる。もし、彼らがこれを達成するのに失敗するならば、彼らは戦略的保健当局と共同で財政回復計画を作成することが求められる。PCTsとNHSトラストは全国的目標と地方の優先に対してサービスの提供において彼らのパフォーマンスを説明する責任がある。全国的目標は開業医の紹介から病院のアポイントメントに要した平均時間などの問題を含む。PCTsに対する地方優先は免疫率の改善あるいはアクセスの不平等の削減などの目標を含む。NHSトラストに対しては地方の目標は慢性病管理制度の履行や問題あるいは潜在的改善が認められた特殊なサービスに焦点をあてることなどである。

パフォーマンスは財政のバランスから待機時間にわたる問題を含めてPCTs及びNHSトラストによりなされた週、月及び3ヶ月毎の報告を基礎に集中モニターされる。¹²⁾

全国的目標 (National targets)

2000年の『NHSプラン』はNHSに対して限られた数の、しかし、達成可能な目標の導入を発表した。保健省の財務省との公的なサービス協定に基づいた目標はその後、「NHS組織に対する計画指針」(planning guidance)に示された。PCTsへの基金の3年単位の割当てと並んで、目標もまた3年の期間にかかわる。62項目の全国目標は2003-4年から2005-6年の期間について定められた。2004年7月に2005-6年から2007-8年の期間に対する新しい一連の目標が発表されたが、その数は20に減少した。この削減はPCTsが、地方レベルで改善が最も必要とされる地域を確認して彼ら自身の地方の目標を定めるべくヘッドルーム (headroom) を作ることを意図していた。2008年に達成されるべき新全国目標の半分以上はサービスが提供され、目標が達成される方法よりも保健ケアの成果に関連する。それらは4つの優先領域に関係する。

- 1) 心臓病からの死亡率を削減するような目標で、住民の健康と福利を改善する。
- 2) 救急ベッドの使用を削減するなどの目標で、長期症状のある人を支援する。
- 3) 開業医の紹介から入院約束 (hospital appointment) までに誰も18週以上待たないことを保証するなどの目標で、サービスへのアクセスを改善する。
- 4) 増加する比率の高齢者が彼ら自身の家で生活するのを支援する目標で、患者あるいはユーザーの経験を改善する。

全国的目標の達成は最終的にPCTsの責任である。その際PCTsがサービスを購入するボランティア及び独立セクターの提供者などのNHSトラストや他の組織と共同する。目標達成への提供者による貢献はサービスを購入するためにPCTsが使う契約に明記される。¹³⁾

全国的標準 (National standards)

標準は数量的であるより質的であることにおいて目標とは異なる。保健省はそれらをNHS組織が満たしあるいは望んでいる質の水準といている。2003年の「保健及びソーシャルケア (コミュニティ保健及び標準) 法」は大臣にNHS組織に対する全国標準を定める権限を与えた。そして2004年に、保健省はNHSケア-病院ケア、プライマリー及びコミュニティケア及び公衆衛生-のNHSの全スペクトルをカバーする34標準のセットを発表した。これらの標準はNHSサービスを購入し、あるいは提供するすべての機関 (PCTs及びNHSトラストならびに提供するNHSサービスに関して独立セクター提供者及びボランティア機関) に適用する。

2004年に発表された標準は七分野において組織されている。

- 1) 安全性(全国的な児童保護ガイドラインにしたがって)
- 2) 臨床及び費用効果性 (NICEのガイドラインに一致させる)
- 3) ガバナンス (財務管理あるいは患者記録のための制度)
- 4) 「患者焦点」(患者と彼らのケアラーに情報を提供する)
- 5) アクセス可能なそして応答可能なケア (救急患者がケアに即座にアクセスできる)
- 6) ケア環境とアメニティ (病気の予防の履行と保健

増進プログラム)

7) 公衆衛生問題 (病気の予防と健康増進プログラムの履行)

これらの分野の各々は多くの数の「核」と「発展」標準を有している。24の「核」の標準は現在の要件を基礎としている。そして、普遍的に達成されるべきサービスの受け入れ可能な水準を述べている。10の「発展的」標準はサービスの継続的改善の範囲を提供することを意図し、年ごとに発展を測定することを可能にしている。¹⁴⁾

責任 責任を負う者

(Accountability: who is responsible)

NHSトラスト (NHS trusts)

ファウンデーションの地位をもつトラストを除き、責任の線はPCTsを含めてNHSトラストから戦略保健当局を通じて保健大臣及び議会へとつながる。

NHSトラストの理事会 (boards of directors) は彼らの組織が彼らの財政的、法的 (statutely) と法的 (legal) 責任をみたすことを保証するために集合的に責任をおう。NHSの理事会はパートタイムの委員長により率いられ、組織が全体としてその責任を履行することを保証することにおいて責任をおう。それらは主任執行官、財務官 (director of finance)、パートタイム非執行メンバーなどのメンバーを有する。そのうちの幾人かは地域住民を代表することが意図されている。主任執行官は理事会の決定を履行し、組織の運営に責任をおう。そして会計官として活動し、年次報告を作成し、監査を受けた年次報告書を保健省を通じて議会に提出する。

NHSトラストとPCTsは彼らの地方の戦略保健当局により説明することを求められる。それは年次責任協定 (annual accountability agreement) によりなされる。戦略保健当局は地方提供プラン (Local Delivery Plan) において同意された目標に基づいている協定について各組織のパフォーマンスを検討する。戦略保健当局はどの目標がみたされるべきか、いかにしてそれらはモニターされるべきかを述べたパフォーマンス管理枠組みを決定する。

戦略保健当局自身が、戦略保健当局の主任執行者と保健省の提供グループの間で少なくとも一年に一回開催される会合を通じて、そしてパフォーマンス評価枠組みに対する年次評価を通じて、保健省により説明すべく求められている。枠組みは戦略保健当局の財政バランス、その管理能力、その地域におけるNHS組織

のパフォーマンスを含む。¹⁵⁾

ファウンデーショントラスト (Foundation trust)

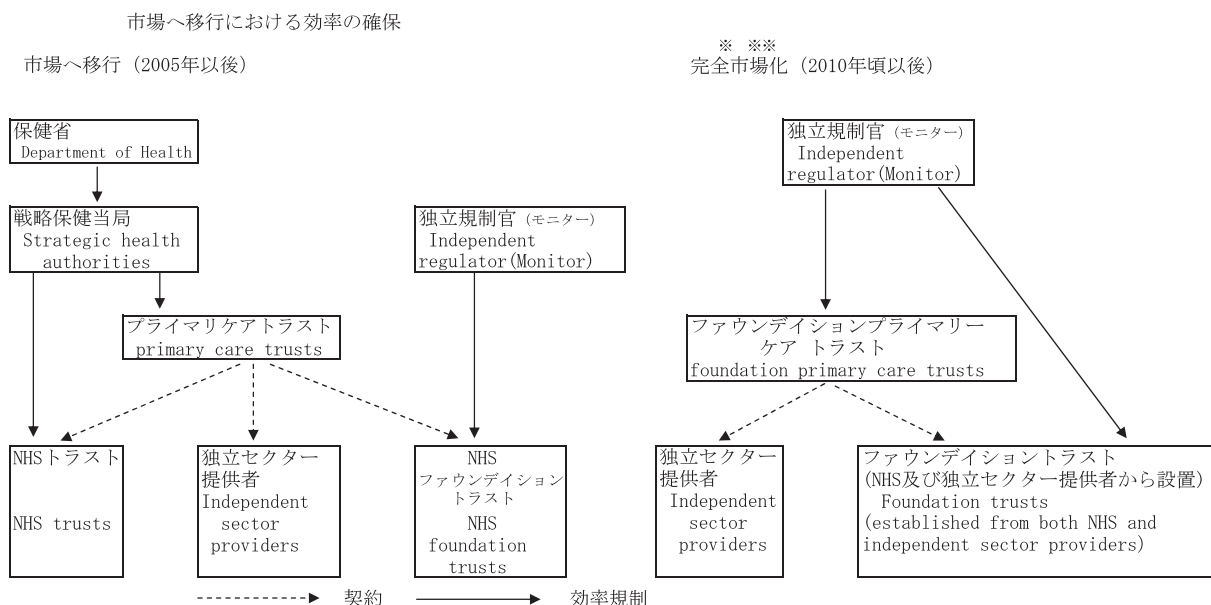
ファウンデーショントラスト (FTs) は最終的に議会に責任をおう。しかし、他のNHS機関と異なり、保健大臣及び戦略保健当局の管轄の外にある。それらはモニターにのみ直接責任をおう。

NHSファウンデーショントラストの独立規制官であるモニターは2004年4月に確立された。2003-4年に、それは28人のスタッフと280万ポンドの運営費を有していた。スタッフも支出も2006年までに倍増することになっていた。その役割は高いパフォーマンスを示すNHSトラストにファウンデーショントラストとして運営する免許状を与え、それらがその免許の条件にあっていることを保証すべくそれらを規制することである。各ファウンデーショントラストがそのもとに運営する条件は認可の条件 (terms of authorisation) としてモニターにより定められている。ファウンデーショントラストを認可し、規制するモニターの決定とそのパフォーマンスのその後の監督は殆どすべて経済及び財政的な考慮すべき問題に基づいている。トラストがファウンデーションの地位の申請における要素の一つである保健ケアニーズを満たしている証拠はそのサービスを購入するPCTsからの支援の宣言と政府の目標と水準への関連におけるトラストのパフォーマンスに関する保健ケア委員会 (Healthcare Commission) の答申 (verdicts) から主に成り立っている。

モニターは民間の金融市場と財務省から各ファウンデーショントラストがどれだけの資金を借り入れることが出来るかを決定する慎重な借入れ限度 (prudential borrowing limit-PBL) を定めている。PBLはその最高認可累積長期借入額と短期の現金フロー管理のための認可された年次運転資本を定めている。

認可の条件に応じるファウンデーショントラストの能力は保健ケア委員会などの第三者による報告に補足されたファウンデーショントラスト自身による自己証明 (self-certification) を基礎に評価される。自己証明はその財政管理プラン、すなわちガバナンス取りきめ (トラストのメンバー、パフォーマンス取りきめ管理、取りきめの使用、保健ケア委員会により評価されたような目標)、認可の条件に詳細になっている「委任された」サービスの提供を含む年次計画を各ファウンデーショントラストが提出することを含む。

もし、ファウンデーショントラストが認可の条件を



※ プライマリケアトラストを含めすべてのトラストはファウンデーションの地位を得ることが予想されている。モニターの管轄のもとに入る。
 ※※ 現在いかなる組織も独立セクターの提供者を規制する責任をおっていない。しかし、非NHS組織はファウンデーションの地位を申請することが出来ることが提案された。このことはそれらもモニターの管轄に入ることを意味する。

Alison Talbot-Smith and Allyson M. Pollock, *The New NHS : A guide*, 2006, P.105.による。

完全にみだすのに失敗するならば、モニターは介入の法的権限を有している（もっとも2000年の保健及びソーシャルケア法は完全な失敗は何であるかを定義していない。）¹⁶⁾

臨床標準と安全 (Clinical standards and safety)

臨床パフォーマンスは4つの主要な機構（技術評価の全国機構、特殊な状態あるいは患者の範疇に対する全国サービスの枠組み、及び臨床ガバナンスなど）の結合を通じて全国標準を確立し強化する政府の努力の主題ともなった。すべてのNHS組織がこれらの規定に従うことを保証する責任は主として保健ケア委員会にある。さらに保健ケアの専門職の広範な精査も企てられている。

保健及び臨床技術評価全国機構

(The National Institute for Health and Clinical Excellence)

NICE(機構改革後も一般的にNICEと呼ばれている)の役割は保健専門職及び一般大衆に証拠に基づいた最良の診療 (best practice) の上に権限のあるそして頼りのある情報を提供することである。保健専門職は個々の患者を治療するとき、この指針を考慮に入れることが期待されている。NHS組織はまたNICEによ

て勧告された薬剤及び治療のための基金及び他の資源を提供することが期待される。そしてNICEの技術評価の発表の日から3ヶ月でそうすることが期待される。

NHSで働く保健ケアの専門職の独立グループや委員会及び患者及びケアラーに影響する問題に熟知している人を使って、NICEは三つの領域-すなわち

- 1) 技術評価-新及び既存の薬剤、治療及び保健増進活動の評価-
- 2) 特殊な病気及び状態の患者の治療及びケアに関する臨床指針
- 3) それらが日常的使用のために十分安全かつ効果的であるかどうかを決定するべく診断及び治療のための介入手続きの評価-における特殊な治療及び介入の臨床効果性及び費用効果性に関する全国的な指針を作成し広める。

各NICEの「指針」は典型的に作成するのに1~2年を要する。¹⁷⁾

全国的なサービスの枠組み

(National Service frameworks-NSFs)

NSFsはサービスがNHS組織及び保健ケア専門職により提供される方法のための青写真を提供することを

意図している。それはサービス提供のための「質的要件」を述べたものである。それらは優先領域—すなわち重要な状態あるいは高齢者や児童などの特殊なケアグループ—に対するサービスのために作成されている。それらはまた彼らが保健サービスから何が期待できるかについて患者に明らかになる機構を提供することを意図している。

ケアの全制度に対して、NSFsはサービスの提案及び治療に対する明白な標準を定め、必要とされるサービスの型と標準に関してサービスのモデルを定める。

NSFsのプログラムは1998年4月に始められ、年に平均1回作られている。2005年春までに8項目のNSFsが発表された。精神衛生について(1999年)、冠状心臓病について(2000年3月)、全国ガン計画(2000年9月) 高齢者サービス(2001年3月)、糖尿病(2001年12月と2003年1月)、児童(2003年4月)、腎臓病(2004年1月)、そして長期状態(2005年3月)である。¹⁸⁾

臨床ガバナンス (Clinical governance)

1999年保健法のもとで、質の義務がNHS組織に課せられたが、それはNHS組織が彼らのサービスの質をモニターし、改善する取りきめを実施することを求めるものであった。これは臨床ガバナンスの形で運営され、1999年4月にすべてのNHS組織に導入された。臨床ガバナンスは患者の関与ならびにサービスの継続的な改善を保証することを意図している。それは組織が彼らのサービスの質を継続的に改善し、臨床ケアの優秀さが広がる環境を作ることにより高いケアの水準を保護することに責任をおう枠組みと述べられている。

臨床ガバナンス協議事項の一部分として、NHS組織は臨床ケアの全体の質に対する明確な責任の線をもつことを求められる。主任執行官は彼らの理事会にかわりサービスの質に対して責任をおう。そして理事会は上級臨床医師に適切な制度が行われており、その効果についてモニターされていることを保証するのに責任を負うべき上級臨床医師を指名すべきである。理事会は臨床ガバナンス委員会を通じて彼らの責任を果たすことができる。しかし、臨床ガバナンス取りきめと彼らが財政問題に関する報告書を受け取るのと同じ方法で彼らの効果性に関して正規の報告書を受けとるべきである。

臨床ガバナンス活動は「柱」あるいは範囲 (domain) として知られている7領域に分類される。

第一は、臨床監査 (clinical audit) で、定期的な基礎の上に彼らの臨床診療を監査することを求められる

部をもつ。

第二の領域は、臨床リスク管理である。

第三の領域は、臨床効果性プログラムで、証拠に基づいた診療の使用、NSFsの履行、NICEからの指導を保証することである。

第四の領域は、教育訓練とスタッフの継続的な専門的な発展である。スタッフは最新のものを熟知するための教育コースが利用されねばならない。

第五の領域は、スタッフとそのスタッフの管理である。

第六の領域は、質の改善を支援する情報の支援である。

第七の領域は、患者の関与である。患者の見解が集められ、不平や患者の経験の調査を含めて、患者からの情報がサービスを計画するとき、考慮されることを保証するような過程が行われるべきである。

NHS組織は自身で臨床ガバナンス取りきめの資金を作ることが期待されている。

しかし、現在は現代化機関 (Modernisation Agency) の一部を構成している全国臨床ガバナンス支援チームが臨床ガバナンス取りきめを履行するに際して臨床家及び管理者に対して実際的な支援を与えるために1999年8月保健省により作られた。

個々のNHSトラスト及びPCTsの臨床ガバナンス取りきめは保健ケア委員会により評価される。この評価にもともと臨床ガバナンス再検討 (clinical governance review) の組織的プログラムの一部として実施された。

その意図は各組織は3年から4年ごとに再検討されるべきだということである。彼らのパフォーマンスは彼らの戦略的能力 (組織が臨床ガバナンスをいかにリードし履行したかに関する) と患者の経験とともに臨床ガバナンス7本の柱に対して検討された。

しかし、2005-6年以來、臨床ガバナンスの取りきめは保健省の全国的標準 (national standards) 内のガバナンス領域の一部分として形成され、年々のペースで再評価される。¹⁹⁾

パフォーマンス「枠組み」とパフォーマンスレーティング (Performance 'frameworks' and performance ratings)

保健ケア委員会 (The Healthcare Commission)

保健ケア委員会は1999年につくられた前保健改善委員会、全国ケア標準委員会 (独立セクターにより提供される保健ケアの提供を規制する)、精神衛生法委員会 (Mental Health Act Commission) 及び監査委員

会 (Audit Commission) の資金に対する価値 (value for money) の仕事の統合したものである。

2008年までに保健ケア委員会の範囲はソーシャルケア検査委員会 (Commission for Social Care Inspection) との統合を通じて、地方当局及び民間とボランティアのソーシャルケアの検査をカバーするよう拡大される。

執行非部門公的機関として、保健ケア委員会はイングランドにおける保健ケアサービスの質の改善のために、議会に直接的に責任を負う。それはNHS機関に対するあるいは機関による保健ケアの提供の状態 ('State of healthcare' provision) の年次報告を議会に提出する。そしてまた様々な全国的テーマの報告 (national themed reports) 例えば、NSFsの履行の報告、NHSトラストによる特殊なサービス提供の報告をする。それはまたNHSが「資金に対する価値」(value for money) を達成しているか—例えばNHSトラストが彼らの入院ベッドあるいは賭いや洗濯などの施設がいかに効率的に管理されているか—を検討する。

委員会はまた全国調査を行うことによって患者とスタッフの見解を集めるのに責任を負う。

しかし、保健ケア委員会は保健ケア組織の検査におけるその役割のために最もよく知られている。それはPCTs, NHSトラスト, ファウンデーショントラストを保健省により定められた目標ならびに標準に対して評価し、成果にもとづいた年次パフォーマンス等級 (performance rating) を裁定する。問題が確認されるとき、委員会は地方の戦略保健当局からの余分の支援や地方の戦略保健当局による介入などを受ける。

保健ケア委員会の付託 (renit) は民間病院、クリニック、ホスピス等が私費患者に提供するサービスならびにそれらがNHSに対し提供するサービスについてそれらを評価して、独立 (民間及びボランティア) セクターにも拡大する。それらは運営するために委員会により登録され認可を受けなければならない。2006-7年までに独立セクターの提供者は、NHS組織と同じ基礎の上にパフォーマンス等級制度が裁定されることとなった。²⁰⁾

パフォーマンス等級制度

(The performance rating system)

NHS組織の等級づけとランキングはまず以前の地域保健当局²¹⁾ (health authorities) に対して1999年4月にまず導入された。全国的な「パフォーマンス評価枠組み」として知られ、等級づけ制度は一層の調査あるいは行動を必要とするかもしれない。問題に注目を

引く目的で中心的な六地域のパフォーマンスを評価した。2000年にNHSプランはその等級づけとランキングをすべてのNHS組織に拡大する政府の意図を発表した。その後パフォーマンスの等級づけは各々の組織の全体としてのパフォーマンス管理の要約を提供する手段として導入された。パフォーマンス等級づけは2001年9月に急性病院トラストに導入され、2003年までに精神衛生、救急及びプライマリケアトラストを含むべく拡大された。

保健ケア委員会は年々のペースでパフォーマンス等級づけを作成する。2005年までこれは保健省により定められた鍵となる目標に対してPCTs及び他のNHSトラストのパフォーマンスを評価することを含めた。鍵となる財政的及びアクセス目標に対するパフォーマンスは三組の焦点領域指標に対する全国のパフォーマンスに対するランキングと結合された。2004-5年で58のPCTs及び107のNHSトラストはパフォーマンスが高い。すなわち三つ星 (three stars) とされ、7 PCTs及び17のNHSトラストは貧弱なパフォーマンスとして零 (0) 星と裁定された。

しかし、2005-6年以來、新パフォーマンス等級づけ制度を使用した。パフォーマンスは二つの領域で評価される。

第一が「基礎を正しくしている」(getting the basics right)

第二がそれらが「進歩をし、維持しているか」どうかによる。

これらは各組織についての年次概要パフォーマンス等級づけを作成するために結合され、毎年9月に優秀 (excellent), 良 (good), かなり良い (fair), 良くない (weak) の尺度で発表される。これはNHS提供者トラストにもPCTsのサービスにも適用される。詳細は省略する。²²⁾

専門職の規制 (Professional regulation)

医療専門職の自己規制はイギリス内で開業医の認可を行う規制委員会の制度を含めて、NHSの長期の伝統であった。法定機関として、それらは教育の水準、臨床パフォーマンス、及び専門職の行動の定義に責任を負う。それらはまた彼らの臨床開業 (clinical practice), 専門職の行動、開業への適応 (fitness to practice) に関心のある開業医を調査し、訓練する。そして開業医の認可を取り消し、登録を除去する権限をもつ。それらは伝統的に専門職メンバーにより支配された大規模な機関であった。それらは多かれ少なか

れ、様々な責任取りきめを有し、自治的に機能し、あるものは枢密院（事実上大臣）に責任を負い、あるものは保健大臣に責任を負い、あるものはいかなる直接的な責任も負わなかった。

規制委員会（regulatory councils）の役割はそれぞれの領域における教育と知識を契機とする王立憲章（Royal Charter）のもとに確立されたそれぞれの王立大学により支援され、医師、外科医、小児科医、看護師及び産科医（midwifery）などの主として病院をベースとした臨床専門者と一般開業医などをカバーするものであった。それらは教育水準を定め、教育のポストを承認することにおいて様々な役割を果たしていた。

2001年に報告されたブリストル診療所（Bristol Infirmary）での小児心臓手術への公的調査に導いたものなど、医師のパフォーマンスに関する数多くのスキヤンダルが規制委員会の改革すなわち全国臨床評価サービス（National Clinical Assessment Service）の確立と医師に対する査定と再確認の制度の導入に導いた。²³⁾

規制委員会の改革

(Reform of the regulatory councils)

2000年の『NHSプラン』は公的ならびに保健サービスの両者に手続きをより透明にせしめ、有意義な責任のメカニズムを展開せしめるために、それらの組織構造、内部のガバナンス取りきめに徹底的な変化を通じて規制委員会を強化する政府の意図を示していた。委員会は公の一層大きな関与をともなったより小規模な機関となった。例えば、医師に対する一般医療委員会（General Medical Council）は105人のメンバーが35人に削減され、そのうち19人が医師（開業する認可を得ているすべての医師により選ばれる）、2人は大学及び王立医学校（Royal Colleges）により任命される学者、14人が枢密院により任命された公のメンバーである。後者は専門外のメンバー（Lay member）として知られ、個々の開業医の診療の適正さを決定する規律委員会（disciplinary panels）で重要な役割を果たす。

規制委員会の仕事を監視する新機関もまた2002年の「NHS改革及び保健ケア専門職法」（NHS Reform and Health Care Professions Act）により2003年4月に確立された。この「保健ケア規制委員会」（Council for Healthcare Regulatory Excellence）は19人のメンバーで成立しているが、1人ずつが9規制委員会の各々によって任命され、10人が一般人（lay member）で

ある。それは規制委員会の仕事を監視することに責任を負う。²⁴⁾

全国臨床評価サービス（現在の全国患者安全機関の一部） The National Clinical Assessment Service (now part of the National Patient Safety Agency)

個々の医師のパフォーマンスに対する新機関が保健省の1999年発表の「医師の支援、患者の保護」（Supporting Doctors, Protecting Patients）で概略が示された。これらは特殊な保健当局として「全国臨床評価サービス」（National Clinical Assessment Service-NCAS）の2001年4月の設置をも含めていた。その機構は2005年の全国患者安全機関（National Patient Safety Agency-NPSA）により吸収された。NPSAの付託はイングランド及びウェールズの医師をカバーし、2005年4月以降、イングランド、ウェールズ及び北アイルランドのすべての歯科医を含む。諮問機関として、個々人の臨床パフォーマンスに対する関心事を処理するに際してNHSトラスト及びPCTsを支援する。NHSケアを提供するのに、独立センターがますます使われるようになってきているので、機関の付託は民間及びボランタリーセクターを含むように拡大されるであろう。²⁵⁾

評価と再確認（Appraisal and revalidation）

1999年に発行された『医師の支援、患者の保護』はまたNHSに雇用されている医師の年々の評価の制度の導入を示していた。それは2001年4月に病院顧問医（consultant、専門医の最高位で数々の特権がある）に導入され、2002年に一般開業医に、そして最終には2003年9月に顧問医でないキャリアグレイドの主任執行官及び、開業医についてはPCTsの主任執行官は年々の評価が行われるのを保証することに対し責任を負う。評価は独立セクターの提供者には適用しないが、民間診療を行う医師（顧問医は特権としてこの資格がある）は彼らの民間診療に関する情報を彼らのNHS評価のなかに含めるべきであるので、「全診療評価」が達成される。保健省はまた評価過程を代診医師（locum doctors）に拡大する方法を考慮している。

評価過程は以前の年の医師のパフォーマンスを検討し、個人的な展開計画のなかでのその後の年に対する専門職の目的を確認することを意図している。年次評価は評価を受ける医師の専門医診療の領域に熟知した関係の専門医により行われる。評価は一般医療委員会（GMC）により作成された良い医療慣行の標準—良い

臨床ケア，良い医療慣行の維持，教育と訓練，患者との関係，同僚との働き，廉潔（probity）－に基づいている。

それはもともと年々の評価過程の5年ごとの再確認過程により補完されることが意図された。確認は2005年春に履行されるはずであった。しかし，開業医の重大な殺人者の活動の第5次及び最終調査報告で，ハロルド・シップマン博士（Dr. Harold Shipman）により厳格な再確認過程を勧告された。²⁶⁾

生涯学習（Lifelong learning）

政府の質の協議事項は個人及び組織による生涯学習の目標を含む。これを支援するために二つの組織が確立された。NHS学習技能と改訂の機構と全国患者安全機関（National Patient Safety Agency）である。NHSトラスト専門委員会メンバー以外のすべてのNHSスタッフ及び歯科医は年次の展開再検討改正制度によりカバーされる。

学習技能及び革新のためのNHS機構

（The NHS Institute for Learning Skills and Innovation（NHS ILSI））

この機構は2005年7月に設置された。それは日常の仕事において個々の開業医，チーム及び組織を援助し，ならびにそれが吸収した以前の組織の現代化機関（Modernisation Agency）及びNHS大学という二つの機関の仕事を促進する人材（material）の開発に責任を負う。現代化機関は2001年4月に設置された。サービス提供に焦点をあて，その二つの主要な役割は患者のニーズの便宜をみだすことを保証するように，サービスを現代化するのを援助し，現在及び将来のNHSのリーダーや管理者を開発することであった。それはまた，すべてのNHS病院トラストが2008年までにファウンデーションの地位を達成するのを可能にし，すべてのPCTsがその能力を展開し，そのパフォーマンスを引き上げるのを助けることを意図したNHS組織に対するパフォーマンス改善プログラムにおいて中心的な役割を果たした。

現代化機関の協力機関の全国プライマリケア展開グループは例えば冠状心臓病や高齢者の転倒fallsのような特殊な状態に対するサービスの改善を目標としたリーダーシッププログラムを通じて，PCTsや開業医診療がサービスを改善するのを支援するために樹立された。全国プライマリケア及びケアトラスト展開チーム（NatPact）もPCTs及びケアトラストと協同し，

良い診療の例を共有し，それから学ぶべく支援と機会を提供するために樹立された。サービス改善チームはサービスへのアクセスの改善の援助をするために確立された。

新学習技能と革新のための新NHS機構の形式で現代化機関（Modernisation Agency）は解散された。その仕事の多くは，新機構より小さい全国近代化資源を残して，地方NHS組織に移された。その役割は現在では特殊なサービスの診断分析（diagnostic analyses）を企て，新サービス改善プログラムを設計することである。NHS大学（NHSU）はNHS ILSIにより吸収されて，イングランドにおける保健及びソーシャルケアにおけるすべてのスタッフの働きを目指して，2003年11月にパイロットのプログラムとサービスを始めた。

それは対面学習（face-to face learning）とインターネットをベースにしたバーチャルキャンパスを提供した。

NHSUはまた大学，単科大学のスタッフに対する正規の学習機会も保証し，多くの大学と学問上のパートナーシップをする。²⁷⁾

全国患者安全機関

（National Patient Safety Agency-NPSA）

2000年に，保健省は保健ケア内の不幸な事件（adverse events）の人的ならびに財政的な費用を認めてAn Organisation with a Memoryを発表したが，これが2001年7月の特別保健当局として全国患者安全機関の設置に導いた。それは以前の全国臨床評価サービス（National Clinical Assessment Service）の機能を吸収して，2003年にイングランド及びウェールズでNHSを横断して運営されるようになった。

その目的は不幸な事件（adverse events）から学習の文化の増進を通じて医療過誤から弊害のリスクを削減することにより患者の安全を改善することである。²⁸⁾

年次発展再検討（Annual development reviews）

2004年10月，賃金再構築制度が変化の機関（Agenda for change）として知られる非医療NHS職員のために導入された。そのもとでNHSトラスト委員会のメンバー医師，歯科医以外のすべてのNHSの職員は年々の発展の再検討を受ける。²⁹⁾

保健ケアにおける患者と大衆の関与

（Patient and public involvement in health care）

『NHSプラン』において政府は患者及び市民がNHS

のなかで一層影響力をもつべきだと述べ、保健ケアにおいて患者と大衆の関与を増すことを意図した一連の改革を行い、NHS組織の大衆に対する説明責任 (accountability) を増すようにした。2001年の「保健及びソーシャルケア法」は戦略保健当局、PCTs及びNHSトラストに、サービスの計画、サービスの運営、変化のための提案の発展について患者及び大衆を含め、相談する義務を課した。

2002年の「NHS改革及び保健ケア専門医法」(NHS Reform and Healthcare Professions Act) は、そうするための新制度を詳細に規定した。以前にNHSの独立の番犬として知られた「コミュニティ保健委員会」(Community Health Councils) は廃止されたが、NHS組織の理事会により大きな一般人の代表者 (lay representation) が求められNHS、患者及び大衆の間のパートナーシップをつくることを意図した制度は、「保健における患者及び一般人の関与の委員会」(Commission for Patient and Public Involvement in Health) として知られた中間全国機関の一般的な監視のもとに展開された。³⁰⁾

NHS委員会の一般人の代表 (*Lay representation on NHS boards*)

戦略保健当局PCTs及びNHSトラスト (*Strategic health authorities, PCTs and NHS trusts*)

戦略的保健当局、PCTs、ケアトラストNHS病院トラストの委員は一般人の委員長及び一般人のメンバーが過半数をしめることを求める。彼らはのすべてはNHSサービスを使用していることが必要である。

ファウンデーショントラスト (*Foundation trusts*)

他のNHS組織と同様、ファウンデーショントラストも非執行すなわち理事会に一般人のメンバーがいなければならない。もっとも一般人のメンバーが過半数である必要はない。非執行理事はファウンデーショントラストによってサービスを受けている人口、あるいは以前のあるいは現在の患者でなければならない。しかし、ファウンデーショントラストでは、彼らはNHS任命委員会によってではなく、内部機構 (internal mechanism) により選任される。³¹⁾

総括編

NHS変革の経緯と柱

NHSの機構の変革をみても理解されるように2004年以後、新労働党はNHSを変革し、再形成していった。2004年の終わり、NHSの主任執行官 (Chief Executive) であったクリップ (Nigel Crisp) は2004

年はNHSの「持続的進歩の最良の年」であったといった。NHSへの投資の成果があらわれたのみならず、懸案であった待機リスト (waiting list) はさらに減少し、ガン、心臓病や自殺による早死は減少し続けた。しかし、何にもまして重要なのはファウンデーション (foundation) がNHSの変質の基礎となったことである。2004年の新政策のイニシアティブはこれまでの機構を根本的に変えたファウンデーショントラスト (地方ニーズに応ずる地方的な組織)、広範な範囲の提供者 (新しいアイデアをもたらし、柔軟性をつくり出した)、そして新しい雇用計画、そして新しい検査官制度 (標準を引き上げ、患者が受けるケアの質を保証するのを可能にするような) を含んだ。

「この変質はその形成において長期間を要した。それはNHSの労働党の1997年モデル-NHSの歴史で初めて単に勧告し希望するかわりに中央政府に命令と統制を認めたモデル-からの一歩一歩の後退を含んだ。それは逆に消費者選択と周辺への権限の移行により押し進められた多元主義的で、準市場のモデルへの移行を意味した。その場合、中央政府の役割は管理的より規制的であった。すなわち、優先性と目標を設定した。しかし、これらを達成する方法については地方の裁量を認めた。2004年に二つのモデルは共存していた。」³²⁾

しかし、理論上はこれらの権限を大幅に余分なものにしていった。2004年が終わりに、総選挙が迫ってくるにつれて政府のレトリックは継続よりもむしろ変化を強調した。ベヴァン (国民健康保険にかわり1946年に国民保健法を成立させた当時の労働党の保健大臣) への言葉の上での形式的な黙礼はあってももはや実質的にはないに等しいものになっていた。NHSはいかにすれば再発見された公的サービスが21世紀の公的な期待を満足されるかの手本であるとも考えられた。しかし、2004年は大きな政策的なイニシアティブの年ではなかった。

制度的ダイナミックスの変革

NHS自体はその機構改革を含めて前世紀に何度か改革されている。その最大の変革は1990年の「NHS及びコミュニティケア法」であった。この改革で、内部市場 (internal market) と開業医の基金保持 (GP fundholding) が導入された。それとともに購入と提供の分離 (purchaser / provider separate) があった (後に新労働党はサッチャーの改革を引き継ぐための手段として commissioner / provider separation と名称をかえた)。

1993年機能とマンパワーの再検討に続いて保健大臣ボタムリー（Virginia Bottomley）は一連の機構の変化を発表した。地区保健当局（District Health Authorities-DHA）と家庭保健サービス当局³³⁾（Family Health Service Authorities-FHSAs）の統合を認めたのみならず、法定地域保健当局（Regional Health Authorities-RHAs）を廃止することとした。14の地域保健当局にかわり、全国にNHS管理執行の8地域事務所を置き、それによりスタッフのメンバーを削減することとした。

その変化は意志決定を出来るだけ地方レベルに移してNHSの分権化を押し進める継続的な動きの一部とみられた。地方の購入者が強くなるにつれて地域層の必要は減少するものと解釈される。しかし、それらはむしろ異なって殆ど秘密のうちにしのび寄って来た中央集権化の過程の賛美とも理解された。こうしてNHSが創設されて50年後の1990年代の後半に、それは国民サービスとなった。

1995年にボタムリーの後をついだドレル（Stephen Dorrell）は1996年にホワイトペーパー『野心のあるサービス』（A Service with Ambitions）を発表してNHSに対する将来のビジョンを述べた。それはサッチャーに比べて、メジャー（John Major）のより攻撃的でなく、よりイデオロギー的でない態度を反映していた。また、ドレル自身も中道の政治家であった。しかし、1991年改革の履行というパースペクティブからは、保守党のスポンサーの希望のいくらかを失わしめる政策実験と見られたが、他方で新しい機会を作り出していた。ペーパーには市場競争あるいは選択の祈求はなく、むしろよりゆるやかな形の美徳への祈求があった。すでにかかなりの選挙民がNHSは労働党にまかせた方が安全と感じていた。³⁴⁾

ただ、一つの大きな予期しない点で、1991年の改革は、その構造ではないがNHSについての考え方を変質した。開業医基金保持（GP fundholding）の導入は改革のバックのジョーカーであると判明した。NHSがプライマリケア主導であると注意を促したことになる触媒であると判明したのは多くの議論のある新しい開業医の契約よりもむしろ基金保持であった。基金保持はイギリス医師会及び以前からの労働党には非難されていた。³⁵⁾

猛反対にもかかわらず、基金保持は政府にとって成功物語であることが判明した。段階的に開業医が基金保持者になる条件ことに資格をえるのに必要とされる最低条件は緩和された。彼らの予算は少なくとも当初

は関係診療の要した過去の費用を基礎に寛大に決められた。基金保持者として立ちあげる過程は管理及び情報技術（IT）の補助金により、なめらかにされた。1990年代の半ばまでにこの方法で2億3200万ポンドの総額が支払われた。このプロジェクトに対する専門医の集合的敵対は弱まり、イギリス医師会でさえ開業医が制度に賛成の票を投ずるにつれて、非妥協的な反対の立場の修正をせまられた。保守党が政権を去るまでに、この国の開業医の半分は基金保持診療のメンバーであり、それは人口のおよそ半分をカバーするものとなった。³⁶⁾ 基金保持は革新的な企業家から注意深い伝統主義者まで広い範囲の診療戦略をカバーしていた。基金保持の導入により促された初期の恐怖感は根拠のないものと判明した。基金保持者もとの形にとどまった他の開業医の間の病院への紹介及び薬剤の処方費用の相違はあったとしても殆どなかった。個々の開業医が彼らの患者にかわってアクセスを協議する能力はつねに異なっていた。この意味で多層のNHS（multi-tier NHS）の現象は基金保持よりも相当さかのぼる。³⁷⁾

クライン（R.Klein）は基金保持の主たる衝動は異なった相場の評価において測定されねばならないという。

第一は、それは開業医に彼らの患者のためのプライマリケアの範囲を拡大する機会を与えた。

第二に、それは開業医と病院顧問医（コンサルタント）の間の力のバランスを変えた。基金保持者により享受された財政的なテコは顧問医が所得を失う脅威のもとに開業医の要求に応じねばならなくなったことを意味した（顧問医はNHSのなかで私費患者をみる特権を有していた-NHSを成立するための条件として）。

第三に、それは保健当局に、開業医が彼ら自身の購入決定に際して開業医を含むべく強いインセンティブを与えていた。基金保持の割当は（allocations）は保健当局の予算からきていたので、一貫した購入戦略を考案する後者の能力は意思決定過程における開業医の参加にますます依存するようになった。それはプライマリケア主導のサービス（primary care-led service）の方向への動きの目標を定めることとなり、購買力を基金保持に一層移転することとなった。

特に、基金保持の範囲は次第に拡大した。もともと基金保持の予算は限られた範囲の予算のみをカバーしていた。しかし、時とともに、開業医は一層広範な範囲について選択する権限を与えられていた。こうした

展開の結果は購入パターンの多様性と財政力の保健当局からの継承を奨励することとなった。³⁸⁾

旧労働党はイギリス医師会とともに基金保持制度に反対していた。1997年のブレア政権の最初の保健大臣はドブソン (Frank Dobson) であった。彼は旧労働党系であるが、穏健な左派であった。彼は購入者をプライマリケアグループ (primary care group-後のトラストすなわちPCT) の形に鑄直したが、購入者と提供者の間に市場関係をみることを望まなかった。労働党政府の初期の約束は基金保持の廃棄、待機リストを10万件削除する控え目な目標とともに、政党の綱領 (manifesto) は管理費を1億ポンド削減することとしていた。この種の約束は常に明瞭ではなかった。購入者と提供者の分離 (purchaser / provider split) もそうであった。ドブソンの意図とは別にブレア政府はそれを廃止しようとしなかった。基金保持は廃止した (2004年に事実上復活) が、当初は1997年以前のものを引き継いだ。³⁹⁾

ただ、財政的慎重はNHSに対する新労働党の支出約束を形造った。旧労働党と異なり、問題に単に資金を投入しようとしないう。1997年に行われた唯一の約束は「毎年実質条件でNHSへの支出を引き上げるであろう」であった。実質的な問題はそれゆえ、どれだけということであった。ことに他の欧州諸国の水準と比べたとき、資金の投入が少ないことについては確言は何らなかった。⁴⁰⁾

NHSを運営するために選ばれた大臣のチームたちが政務をとったのはこうした約束と制約案件の背景に対してであった。保健大臣のドブソンはスタイルにおいて旧労働党で保守党員たちに猛攻撃を仕掛ける老練家であったが、1991年にドブソンを引き継いだミルバーン (Alan Milburn) は1991年の改革のときにはまだ下院に議席さえもっていない新労働党党人であった。数ヶ月のうちに、大臣たちのチームはNHSのプランを明らかにした。1997年12月に発行された『新NHS：現代的な一頼りになる』 (New NHS: Modern-Dependable) は標準的な新労働党の語彙で作成された。真の第三の道スタイルで、それは新政策合成に矛盾すると思われるテーマを形造ることを求めた。旧労働党の業務への貢献を将来に対する新しいビジョンと結びつけた。1970年代の古い中央集権的な支配と統制に戻ることはなかった。⁴¹⁾

内部市場は廃止され、購入者と提供者の分離は維持された。もっとも、以前の言葉は新語彙から効果的にぬぐい去られた。基金保持も廃止されたが、購入者と

しての開業医の役割は拡大された。新NHSにおける基本的な建築の煉瓦はプライマリケアグループ (primary care groups - PCGs) であるべきであった。これらのグループは一定の地理的な地域のすべての開業医と他のプライマリケア提供者を集めることであった。平均10万人の地域ごとに設置して、およそ500を作るようになっていた。PCGsは患者に対して保健ケアの予算を管理する責任を引き継ぐが、まだ形式的には保健当局の一部分であるものから、保健当局にまだ責任を負うが彼らの住民に対してコミュニティ保健サービスを提供することに追加的な責任を負う自由な立場のプライマリケアトラスト (Primary Care Trusts-PCTs) へ進化することとなっていた。その結果PCGsは1999年4月までにイングランドのすべてで設置され、2004年4月、PCTsが生まれた。⁴²⁾

しかし、ホワイトペーパーは履行の過程で解決すべき多くの問題を残した。保健当局とPCGsと提供者の間の関係は正確にはどうなるのか。市場スタイルのインセンティブはこれが地方のNHSの優先性を反映しているか否かにかかわりなく、NHSトラストを競争に駆りたてるという。⁴³⁾

しかし、1997年のホワイトペーパーは内部市場と基金保持の廃止の選挙綱領の保証をこえていった。その第一が人びとの健康を改善することと不平等の削減の強調であった。第二が効率と質を促進するための新しい道具を考案することの強調であった。とりわけ、新労働党を旧労働党の夢中であったことの幾らかを残しながら、その先行者から区別するに際し、健康状態の不平等を削減することの強調とともに、このことは単にNHSではなくて、政府の他の部門を含めた政府の政策の変更を必要とするであろうという事実の受け入れがあった。前主任保健医務官のドナルド・アチュソン卿 (Sir Donald Acheson) のもとに不平等を検討する委員会が設置された。その1998年の報告についての政府の反応は、新労働党が社会的正義のための党の関心に忠実であり続けることを示すべくその懸念を強調した。「アチュソン勧告のいかなるものにも委ねることなしに、政府はそれらがより公正な社会を作るための政府の全体としての戦略に適合する」と論じた。「健康の不平等を減ずることはそれ自体望ましい政策の副産物として事実上見られた。健康の不平等がより公正な社会においてさえ持続するとすれば、どうすればよいか。」⁴⁴⁾ 「公的保健と不平等の強調が旧労働党の関心を示すものとすれば、効率及び質の強調が新労働党の認証極印 (hallmark) であった。新NHSが早期の

高い水準のサービスを提供するべきであった。しかし、これはいかにしてもたらされるべきであったか？競争がもはや変化を推進せず、もはや効率への鼓舞として頼れないとすると、新NHSのダイナミックは何であるだろうか。答えはもしパフォーマンスが期待に達しないとするならば、中央の介入の脅威により支援された改善されたパフォーマンス測定の混合であることは明らかであった。事実、1980年代初期及び中期の管理戦略が復活された。拡大された、より精巧なパフォーマンス指標：公正なアクセス、適切な保健ケアの効果的な提供、効率、提供されたサービスの患者の認知、そして成果を測定すべく設計されたより拡大された、より精巧な一連のパフォーマンス指標が作られた。

そして、失敗に対して罰則をともなったパフォーマンスに対する責任の階層的な構造が作られるべきであった。保健当局はプライマリケアグループ(primary care groups-PCGs)から自由を取り去る権限を有した。1997年のホワイトペーパー『新NHS』は「NHS執行官(NHS Executive)は、NHSのいかなる部分においても貧弱なパフォーマンスを是正するのに介入することが出来るであろうと強調した。」⁴⁵⁾

資源の配分に関してすでに1970年代に資源が地理的配分における公平性を達成する動きの出発があったが、新労働党は資源が地方的に使用される方法における公平性を達成することが委ねられていた。提供されるサービスの水準における地理的変化にもはや受け入れられるとは見られなかった。同じ程度のアクセス、同じ水準のケアは人びとがどこに住んでいるかに関わりなく人びとに利用されるべきであった。

さらに緊張の問題など様々な問題があった。ブレアは1997年のホワイトペーパーの序文で「今日の大衆の要求に応ずるために」現代化されねばならないと書いた。

しかし、これらの要求はいかにして構築されるか。結局、ホワイトペーパーは多くの問題は答えられないままに道は残した。

振り返ってみるとNHSの歴史の第一の道は1948年NHSの始まりから1991年まではヒエラルキーであり、第二の道は1991-1997年のトーリーの内部市場であり、第三の道はヒエラルキーあるいは市場のない地方の協同(collaboration)であった。1948年から一般管理を導入した1983年のグリフィス改革(Griffiths reforms)までの間の時代の意志決定の主役である医師は現実には組織図の上になかった。また、市場の年月(1997年ではなく1995に終わっている)は中央統制の減少を意

味するのではなく増加であった。そして「第三の道」はまさにレトリックであり、地方の協同は現実には中央の指揮による強制的な協同すなわち撞着語法であった。ドブソンのあとを継いだミルバーン(Alan Milburn)の1999-2003年の間は1983年に無害で始まり、トーリーの「市場」で深められた趨勢の継続をあらわすものであった。そして同時にこの時期に神化の域の達していたが、それは転換点を示すものであったと解される。⁴⁶⁾これは次に問題に導いた。目標はそれらの逆効果を指摘する医師たちにより疑われた。purchaser / provider split は commissioner / provider separation に言い換えられた。purchasing は去り commissining が入ってきた。しかし、本当は何だかよくわからないし、日本語ではさらに表現し直されにくい。ただ、違った目標が commissioners と providers に適用されるようになった。一つのレベルで違った目標を有すること – すなわち purchaser / commissioner に対しては保健と人口目標、delivery は病院のような医療提供者の目標をおくこと – は理解される。⁴⁷⁾

しかし、同時にミルバーンは新しい方向に踏み出していた。保健大臣は1997年の旧労働党のドブソンから1999年にミルバーンに、2003年にリード(John Reid)に、2005年にヒューイット(Patrica Hewitt)に変わった。ミルバーン以後すべてブレアライトであった。しかし、2007年の態勢は直接的に到達されたのではない。それぞれの時期の大臣はその時期に応じた対策を講じた。クライン(Rudolf Klein)は2004年のNHSの変質を説明するにあたり、「その結果は異なった時代 – ドブソン流の、ミルバーン流の、レイディアン流の必ずしも理路整然としたものでも居心地の良いものでもないが共存している – の要素をもった一つの政策のレイヤーケーキ(policy layer cake)である」といった。⁴⁸⁾

それゆえ、ほぼミルバーンの時代から制度的ダイナミックスの変化、大変質が徐々に始まっていったとみられよう。

最初の20が2004年に始まったファウンデーショントラスト(Foundation Trusts)は転化(devolution)に対する新しい熱意の子供であるとかラインはいう。「FTの地位は提供者 – 第一に急性病院 – が自身で相互制度(mutuals)に変質することを認める。すなわち、協同組合をモデルにした社会的所有の新しい形態である。そこでは統制は理論上少なくとも地方のコミュニティに移る。一般の人と患者は自身で選んだ選挙区を

構成し、理事会の多数を選出する。ひとたび生まれるやFTsは資本へのアクセス、資源の使用に関してかなりの自由と柔軟性を有する。⁴⁹⁾

ミルバーンは問題を確認し、解決策に達するために、現代化行動チームを立ち上げるが、それが始まる4ヶ月以前に準備を出発させていた。

ペイトン (Calum Payton) はNew Labour's State of Health (2006) で、1997年から2005-6年までの段階を5段階に分けている。第一段階はドブソンの時代である。第二段階は1999-2000年で、ドブソンと労働党のハネムーンは終わったが、待機リストを10万件減少する問題は解決されていなかった。

解決すべき点はほんやりと明らかになりつつあった。市場のNHSの最も熱心な提案者達 (右ではリベラルなシンクタンク、左ではル・グラン (Julian Le Grand) は内部市場の廃止 (1999年4月に廃止) 後、まだ再グループ化されていなかった。それゆえ、「市場解決」の政治的支配権はまだ再確認されていなかった。

労働党の初期には、大臣たちは構造的再組織を避けながら、内部市場とドブソンが企業文化の過剰な影響とみていたものを廃止することにより、NHSに新文化を創造することを求めた。ドブソンの後継者であるミルバーンは目標のより厳しい体制をつくり出す一方で、ことにその市場形態における新公的管理をさせた。彼がつくり出した中央のヒエラルキーは伝統的行政的ヒエラルキー (administrative hierarchy) ではなくて、新公的管理 (new public management) よりも新公的行政 (new public administration) というべきものであった。しかし、この語句は間もなく2002年に1990年代に保守党が慣れていたのであろう妙薬に席を譲った。⁵⁰⁾

しかし、同時に2000年には『NHSプラン』(The NHS Plan) が発表された。

『NHSプラン』において、政府は「21世紀に適した保健サービス、すなわち患者をめぐって適用される保健サービスをイギリスの人びとに与える」⁵¹⁾ 意図を発表した。これは創設後、最大の変質をともなった大改革の案となった。この検討によりカバーされた期間はそれによってケアが購入され、提供され、過程と構造に待することにより、その改革の企てを政府が統合化することとした。PCTsの再統合化の提案に追加して、2005年はケアに対する責任を個人に移行することを目標とした「患者主導のNHS」(patient-led NHS) を提供する提案の一部分とみた。

現在の多くの新しい機構は主として2004年以後これに基づくものであった。しかも、医療への投資が大きく膨らむこととなった。

ともかくも、ブレア政府は購入者と提供者の分割を廃止しようとしなかった。皮肉にもドブソンはコミュニティに対するケアの調整者として新プライマリケアグループの不安定なマストに彼の色を打ち付けた。その後は歴史の示すところである。プライマリケアグループはプライマリケアトラスト (PCTs) になった。それらはある意味で、ドブソンが求めた協同よりも矛盾を深くした。ミルバーンの時代の2001年に「力の均衡を変更する」(Shifting the Balance of Power-StBoPとして知られる) が出された後そうであった。そして2002年以後、「新市場」によりともなわれた。しかし、これは評判の良いものではなかった。そしてこの時期に現代化委員会 (Modernisation Agency) が作られたが、2年後に後任のライド (John Reid) により廃止された。⁵²⁾ StBoPはcommissioning / purchasingについて保健当局からPCTsへ殆ど一撃での急進的な移転とイングランドの8地域保健当局 (Regional Health Authorities) を29の戦略保健当局 (Strategic Health Authorities-SHAs) への置き換えを告知した。その理由は何か? 公式な目標は「第一線にサービスを移転すること」であった。これは保健当局への大抵は諮問的な役割においてプライマリケアグループ (Primary Care Groups -PCGs-PCTsの前身) の理事会にいた開業医及び他の臨床医を含めることを意味した。しかし、もちろん、その考え方のように実際には機能しなかった。同様な皮肉は1991年に保守党の病院トラスト (hospital trusts) の創設の際に生じていた。ロンドンのガイ病院 (Guy's Hospital) の有名な例がある。⁵³⁾

その結果は無数の新官僚機構を作り出すこととなった。それ自体大きな問題であった。信じられないことだが、StBoPの真の理由は「反対派」を出し抜くことであったという。2001年の春あるいは夏と予想されていた総選挙で、保守党は保健当局を廃止するであろうとのリアム・ホックス (Liam Fox) による差し迫った約束の嵐に直面していた。その結果が約100の保健当局 (地区) にかわって400のPCTsを、そして8地域保健当局にかわって29の新戦略保健当局 (SHAs) を作ることであった。⁵⁴⁾

2年後PCTs及びSHAsの新設の構造は「目的に適合していない」と保健省より白状された。合図はSHAを通じて将来の計画の能力をぬぐい去られることをみていた挫折した病院トラストに出されていた。

その結果、2005年の総選挙以後、再組織が生ずるであろうと考えられた。2006年に水で薄められた異形(watered-down version)が生ずることとなった。

同様に、もう一つの重点の大きな変化が9ヶ月後に(2002年2月)に生じた。2001年においてさえ、公式の線はPCTsと病院トラストは市場の俳優であるよりも、むしろ地方の合作者であるとみられていた。⁵⁵⁾ところで、もう一つの決定的な点が2002年までに明らかになっていた。「市場解決」は再び浮かび上がり、内部市場政策における欠陥の幾らかの考慮において再発見された。2002年2月にそれほど厚くないが、しかし、基本的なペーパー『NHSプラン、投資に対する次の段階、改革に対する次の段階』(The NHS Plan, Next Steps For Investment; Next Steps for Reform)が保健省により公表された。保守党の1989年のホワイトペーパー『患者につくす』(Working for Patients)及びワーキングペーパーの一連の関連したものと同様、それをもとに、改革と関連した再組織は非公式に実施されたが、しかし、永続的なものとなった。⁵⁶⁾そこでまず、『NHSプラン』からみておこう。

プランはキャパシティの拡大と就労のパターンの変更にまず重点をおいた。それはより良いアクセスと患者に対する環境の改善を生み出すことを意図した。一層多くの医師と看護師が訓練され募集されるべきであった。情報も含めて最新の設備が導入されるべきであった。スタッフはより良い賃金、より良い訓練、より良い条件を受けるべきであった。新開業医(GP)及び顧問医(consultant)契約が取り決められる。伝統的な就労のヒエラルキアルな方法は異なった臨床専門家の間のより柔軟なチームワークに道をゆずるはずであった。例えば、看護師はより広範な臨床的な仕事を引き受ける権限を与えられることになる。サービスは患者のニーズをめぐって再組織されるべきであった。待機時間は削減されるであろう。「民間とボランティアセクター及びNHSの間の全国的なパートナーシップの枠組み」がつくられる。⁵⁷⁾

しかし、そうすれば何がその過程を推進するダイナミックスであるのか、『NHSプラン』は二又の舌で話した。一方で、大臣が権限を移譲して、より細いそしてより焦点を定めた中央をもつことになるべきであった。地方の医師及び他の保健専門家への権限の最大限の委譲があるだろう。『NHSプラン』では1997年のホワイトペーパーにより導入された命令と統制の制度は残され強化された。全国的な標準を定める動きは継続された。一層多くの全国的サービスの枠組み(National

Service Frameworks)が作られ、保健及び臨床技術評価全国機構(National Institute for Health and Clinical Excellence)は最良の治療及び介入への指針を与える仕事のプログラムも拡大した。また、パフォーマンス評価の枠組み(Performance Assessment Framework)はすべてのトラストに適用されるべきであった。それで、すべてのトラストはグリーン(核となるすべての目標をみたしている)、黄(多くの核となる目標をみたしている)、赤(多くの核となる目標をみたしていない)に分類されるべきであった。パフォーマンスが良ければ、「得られる自治権」は一層大きくなる。すなわち、モニタリングに触れることが少なくなり、パフォーマンスが悪ければ業務への介入の程度が高まる。さらにグリーン(核となるすべての目標をみたしている)のトラストは新しく作られた全国パフォーマンス基金より、権利としての資金の持分を得られるが、他のものは条件付きのアクセスのみを有する。⁵⁸⁾

他に三つの他のテーマがあった。現代化機関(Modernisation Agency)が作られるべきであった。この機関は作られたが2年後、後任の保健大臣により廃止された。専門家規制の機構ことに一般医療委員会(General Medical Council)は解体されるべきだとしていた。同様に全国臨床評価当局(National Clinical Assessment Authority)が彼らの仕事が不十分と思われる医師のパフォーマンスを検討するために打ち立てられるべきだとしていた。第三に、NHSが働く方法に関して患者がより影響力を与えるというテーマがあった。患者の選択もより強化されるべきであった。患者が情報のもとに選択を行使することができるように、開業医診療に関する情報は利用できるようにすべきであった。また、患者は治療を受けるべき場所については選択権はないが、彼らが便利なときに入院の予約をすることができるように、より多くの選択権をもつべきだとされた。⁵⁹⁾

以上が2000年の問題であった。2005年の終わりまでに政策の構図は変質していった。⁶⁰⁾新しいモデルのNHS-余分(PBR)-のキャパシティ+選択+成果による支払いは伝統的な資源の割当の形とも両立しない。そしてこうした変化は選択、ファウンデーショントラストの創出、ケアの提供における独立セクターの一層の使用により推進された準市場への動きを含んだ。2005年の「成果による支払い」の拡大はさらに資金が患者とともに流れることを可能にした。もし、目標待機時間内に病院が患者を治療することに失敗し、あるいは患者が治療のために他へ行くことを選べば病

院は資金源を失うことになる。その意味でNHSの供給側の変化であり、それらの改革は現代化、市場化、そして病院ケアの改革であった。⁶¹⁾ その変質範囲は改革のプログラムを述べた保健省により発表された文書 (Health Reform in England: Update and Next Steps, 2005) に要約された。プログラムの目的は「自己改善するNHS」すなわち「継続的改善のための組み込まれたダイナミック」を有したサービスを達成することであった。改革は「いかにサービスが提供されるべきかに対する青写真として設計されたものではなかった」。その公言された目的は政治家主導のNHSから患者主導のNHSへ移行することであった。保健ケアのそのように複雑な変化する環境において、持続可能なベースの上に、NHSが改善し、革新するためには、全体として制度は良質のサービスを提供すべく、スタッフのモチベーションと抱負をより良く支援しなければならないと文書は論じた。「目標のみ、ことに中央からの目標はこれを達成できない」。⁶²⁾

改革のプログラムは四つの柱によっている。第一が需要側の対策であった。ここでの中心的な特徴は患者選択であった。NHSの標準と価値をみたまものであれば、公的あるいは私的ないかなる提供者の紹介 (referral) について自由選択権が与えられた。第二に、病院及び他のサービスの購入 (commissioning) は開業医診療の責任になるのであろう。第三には革新し改善する自由を与えられた一層多様な提供者を奨励すべく設計された供給側の改革 (supply side reforms) であった。一方でNHSの提供者は、中央のパフォーマンス管理から一層開放され、そして地方の人びとに一層大きな責任を有するファウンデーション・トラストに自身で変質することを保証され続ける。他方で、一層の民間及びボランタリー・セクターの提供者は一層のキャパシティ増、一層の革新そして新しい作業 (working) の方法をもたらすであろう。第四に、資金は患者についてくることであった。成果による支払い制度 (payment by result system) の導入は最も効率的な提供者に報い、他の者に改善するインセンティブを与えるであろう。最後にシステム管理の枠組みは、提供者間の競争ルールを定めること、標準を定めること、それらへのコンプライアンスをモニターすること、価格を定めることなどの規則的な機能がますます重複されるにつれて、適応しなければならない。⁶³⁾

2005年の政府プログラムにカプセル化された改革の要約は発生した変化の性格の重要性を強調するとともに、より詳細な議論のための文脈を提供することと

なった。事実、労働党政府は保守党の内部あるいは模倣市場 (Conservative internal or mimic market) を再発見した。それはもともとの落とし穴の幾らかを避け、不当な副次的な効果を避けるべく設計された。より洗練された方法でそうした。2005年に保健大臣に就任したヒューイト (Patricia Hewitt) は政府は市場を創造したという考えに憤慨して否認した。しかし、市場の主要な要素がそこにはあった。消費者にとっての選択、患者について流れる資金、様々な多数の提供者間の競争など。開業医基金保持についてもそうであった。1991年改革プログラムと2005年改革プログラムの間に重要な差異があった。しかし、「内輸の類似は誤りはない」という。⁶⁴⁾

2005年への道における主要な画期的な出来事は2002年4月に発行されたホワイトペーパー『NHSを救う』 (Secretary of State for Health, Delivering the NHS Plan, 2002, Cm5503) であり、続いて多くの政策文書が出された。これで保健大臣は新方向を述べた。「重点は新しい機関を作るといった制度的構造からNHSのダイナミクスへの切りかえであった。1997年におけるような開業医ではなくて患者が運転席につくべきであった。」患者選択が中央の舞台をしめる。NHSのキャパシティが増すにつれて、患者の病院選択の範囲は広まる。インセンティブの考えについても同様であった。そして二つのもの間のつながりが「成果による支払い」であるべきであった。「いかなる保健ケア制度においても、インセンティブがパフォーマンスを形づくる」といった。「NHSの歴史はそれが弱い、あるいは手に負えないインセンティブを有した。結果としてトップダウン指示にしたがった。」「成果による支払い」は、患者の選択を反映して、良いパフォーマンスに報いることにより適切なインセンティブを与えた。また、第一線への移転に大きな重点が置かれた。例えばNHSファウンデーション病院はこれまでのトラストより一層大きな独立と自治を得る。逆に保健省はスリムになり、標準を決定し資源を配分し説明し、制度の本来の姿を保証する核となる機能に集中することとなる。最後に『NHSプランを救う』は民間の財政あるいは民間セクターとの共同はともかくもNHSを汚染するであろうという旧労働党の考えを拒絶して、複数性と多様性の原理を擁護する。NHSの組織構造は最新式にされねばならない。こうして一旦1997年に廃止された基金保持が、診療をベースにした購入 (commissioning) の考え方のもとに基金保持の新版として2004年に復活した。同年、『NHS改善プラン』

(Secretary of State for Health, NHS Improvement Plan, Cm.6268) は計画を詳細にし、患者選択のテーマを「制度の鍵となる推進者」(key driver of the system) と繰り返した。⁶⁵⁾

クライン (Rudolf Klein) は「新労働党の政策プログラムの方向の決定的変化は2002年の初めまでに生じていたように思われる」といった。そして、「何がこの『構造上』(tectonic) の移行を説明するのか」といってそれに答えている。その一つの方法は政策の展開を熟慮した段階的な過程 - 各段階がすでに行われたものの上につくられる - としてみることである。「まず第一にNHSのキャパシティの増加がアクセス改善のための必要な条件として最初に来て、次に高い質を保証するのに必要な目標、標準及び点検の枠組み作りがくる。そのときにのみ保健ケア提供の競争的多元的の世界における選択が規制的な枠組みのなかで、効率と応答性 (responsiveness) の両者に必要とされるインセンティブを提供する制度へ移行することが可能となった。

この解釈の上に構造的移行はあらかじめ決められた道と合理的な分析の産物に従うものとみられる。」その他のことはここでは省略する。⁶⁶⁾

2002年の初めまでには、新しいムードが地方分権、地方主義及び多様性をそのテーマとして取り上げたミルバーンの一連の演説に反映された。1997年には大臣たちはNHSの解剖 (anatomy) に関心を抱いていたが、2001年以後はその生理機能 (physiology) であったという。⁶⁷⁾

2001年にミルバーンは「重力の中心をNHSの最前線へ」移す彼の新しい約束の一部としてNHSの管理構造の偉大なる変化を発表した。NHSはPCTsとトラストによりトップの重いものとみられていた。責任の線はトラストは保健省の地域事務所へ報告し、PCTsは保健当局へ報告することで混乱していた。したがって、95の保健当局はトラストとPCTsの両者のパフォーマンス管理に責任を負う28の保健当局によって置きかえられるべきであった。同時にNHSの執行官 (executive) とその8地方事務所は廃止されるべきであった。それでも保健及びソーシャルケアの地域理事者 (Regional Directors) はあるはずである。しかし、彼らはもはや責任の鎖のリンクはない。

2003年までに、これらの変化は履行された。しかし、その2年後NHSが提供者推進のサービスであることから購入者推進のサービスへ (from being a provider-driven service to a commissioning-driven

service) へ移動しているという事実を反映して設計されたもう一ラウンドの再組織が来ることになる。PCTsは再結合され、その数は302からその三分の一に削減されるべきであった。新PCTsも地方当局のソーシャルサービスの境界と出来るだけ近く隣接すべきであった。戦略保健当局もまたその数を8かそれぐらいに縮小する目標で統合の道を進むと期待された。それは以前に廃止された地域事務所の再発明に顕著に似ていた。⁶⁸⁾

PCTsの統合の提案に際し、大臣たちはこれらがほんの少しの例外を除いて、新たな患者推進のNHS (patient-driven NHS) において彼らに課せられた仕事にたえられないことを大臣たちは裏付けていた。PCTsは一方で、開業医診療と彼らの患者への購入の過程を譲ってさえも、総予算の統制に責任を負っているのみならず、コミュニティの保健を改善し、保健の不平等を削減する責任を負っていた。一つの解決方法は彼らが購入の役割に集中するために、独立の提供者と契約することにより、彼らが責任を負っているコミュニティサービスの資格をPCTsから剥奪することであった。しかし、いかなる場合にも、より大きなPCTsが管理的に効果的であった。それは下院の保健委員会を説得出来る提案ではなかった。委員会は再統合が行政費用を2億5000万ポンド削減するという保健省の主張にひどく懐疑的であった。⁶⁹⁾

そこで出てきたのが、1997年に展開されその後一貫して繰り返された官僚主義の削減により資金を節約するテーマであった。2003-4年に省の機関として38あり、25000人を雇用していた。その数を20まで削減することであった。1997年に4,000人の核となる職員がいた。2004年までに半分になった。その減少の一部は附属機関 (arm's length agencies) にスタッフを移転する結果であった。しかし、削減は省の役割の変更を意味した。すなわち、命令-統制-モデルの放棄。第一線の運営の監督からの退却及び規制官への依存などである。2004年には14の理事会から3事業グループの最新式の余分のものを取り除いたものになった。2006年1月はランプのカードは再び切られた。拡大された省の理事会への一連の新しい任命があった。⁷⁰⁾

全体として、政府は官僚機構削減の1997年の目標を達成するのに成功したか。総NHS予算の比率としては、管理職は1997-8年の5%から2003-4年の3.8%に低下していた。しかし、これは管理費が削減されたためではなくて、総予算が急上昇していたためであった。同期間に、それは17億2800万ポンドから23億8700万ポ

一般診療契約の型

一般医療サービス	個人医療サービス	医療サービスの代替的な提供者	プライマリケアトラスト医療サービス
<ul style="list-style-type: none"> ・保健省（あるいは保健省にかわって行動する機関）とイギリス医師会との全国的に同意された契約 ・近年の協議は開業医をベースにした支払いよりも診療をベースにした支払い、強力な質のインセンティブ、提供されるサービスの範囲を増すより柔軟性を含む契約の解体にみちびいた 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所とPCTの間で契約が地方的に同意されている一般医療サービスにかわるもの ・地方の柔軟性と革新ならびに地方の人口のニーズに焦点をあてることを奨励するよう設計されている ・新一般医療サービスにおける展開の多くは個人医療サービスにも取り入れられている 	<ul style="list-style-type: none"> ・PCTが独立セクター、ボランティアセクター非利潤組織(NPO)、NHSトラストあるいは一般医療サービス及び個人医療サービスの診療所と契約する場合、プライマリ医療サービスの提供のための道 	<ul style="list-style-type: none"> ・PCT-提供の医療サービス ・PCTがプライマリヘルスケアチームに一般開業医、看護師及び他の者を雇用する場合、プライマリ医療サービス提供の道 ・それが診療所を開設するのに可能でなかった場合に、ケアを提供するためのテコとして使用された

Department of Health, Our Health, our care, our say : a new direction for community services. (white paper) Cm 6737, 2006, P.61

ンドに上昇していた。⁷¹⁾

クラインによると一貫した政策の証拠はなかった。⁷²⁾ 2006年1月に発表された大いに吹聴されたホワイトペーパー『われわれの健康、われわれのケア、われわれの発言：コミュニティサービスの新しい方向』(Secretary of State Health, Our Health, our care, our say : a new direction for community services, 2006)は「サービスが提供される方法における急進的なそして持続可能な移行」を発表した。⁷³⁾ 多くは新しいものではなかった。

ただ政府の高価な病院ケアからよりアクセス可能なコミュニティサービスへのバランスを移行する政府の長期の約束の上に拡大したものである。⁷⁴⁾

プライマリケアの改革

2004年にパフォーマンス指標をみたしたことに對して開業医診療に報いる直接的な財政的インセンティブの使用に非常な重点をおいた新契約が開業医に対して導入された。2005年に、初年時の契約パフォーマンスのデータが発表されたが、診療は彼らに利用できるポイントの91%を達成していた。こうした高いレベルのパフォーマンスにもかかわらず、2005年の患者主導のNHSをつくるのに含まれている提案はケアの提供に他の変化をも示唆する。

一方で、2006年1月に発表されたホワイトペーパー『われわれの健康、われわれのケア、われわれの発言：コミュニティサービスの新しい方向』はより詳細な提案を含むが、『患者主導のNHSをつくる』は専門家の境界を不鮮明にし、その中では大量のサービスがプライマリケアの舞台装置において提供される制度を述べ

ている。この新制度は「プライマリケア内で企業主義を解放し、新しい型の提供者組織の展開を含む」ものである。⁷⁵⁾

イギリスのプライマリケアは同時により費用の高い病院治療への門衛として行動しながら、比較的到低費用でかつアクセス可能なケアを提供する能力を有して、世界で羨望されるものとして述べられている。さらに患者は彼らの診療により与えられるサービスに満足している傾向がある。

しかし、この満足は必ずしもプライマリケアへのアクセスにひろがっていなかった。総選挙の直前の2005年4月、ブレアがテレビの質問時間に、48時間以内に開業医へのアクセスを保証する政府目標についてふれたとき、聴衆の態度に当惑していたようである。2005年11月、保健大臣ヒューイト (Patricia Hewitt) は夕方及び週末に開業外科医が診療所を閉鎖するのははや受け入れられないといて、もし、一般開業医が彼らのやり方を修正する意思がないならば、代替的な提供者が患者に友好的なケアを提供するよう命令するであろうと宣言した。2006年春からの看護師及び薬剤師への処方する権限の拡大は看護師及び薬剤師業界からの喝采とイギリス医師会からの嘲りのなかで発表された。それは開業医への依存をさらに減らし、「患者主導のNHSをつくる」の目標と一致してケアの代替的モデルの機会をつくり出すこととなった。⁷⁶⁾

イングランドでは多くの開業医は俸給制の被用者であるけれども、大多数はまだ独立の請負人である。『患者主導のNHSをつくる』は一般開業医がNHSにおける最も高く、尊敬されるグループの一つであることを

認めるが、それでも政府は一般開業医及び他のプライマリケア専門家がケアを提供する方法を変えることを意図した大改革を計画するものであった。⁷⁷⁾

新契約はケアの鍵となる面の提供へのインセンティブによりある種の統制の要素を政府に与えようとするものである。しかし、ますます政府はその改革プログラムの実施に一般開業医へ依存している。『患者主導のNHSをつくる』はプライマリケアにおいて潜在的に1500万人の外来患者の診療が行われるべきだとし、患者の疾病の過程に早期に介入することによりプライマリケアの専門が果たすべき重要な役割を強調した。⁷⁸⁾

再設計の推進は出来るだけ患者の近くで出来るだけ多くのケアを与えることである。ますます彼ら自身の健康に責任を負う個人に重点がおかれるため、プライマリケア専門家はこの過程を容易にし、自己ケアを支援するのにますます従事するのになりがちである。⁷⁹⁾ 自己ケアへの支援は当然病院サービスへの需要削減を目標としている。

しかし、この衝撃は不確かであり、長期にあらわれる。一方、患者に一層密接にケアが動くことは大体は需要を増加する効果を有することも示唆されている。他方で「成果による支払い」(payment by result-PBR)は2002年の『NHSプランの提供』により導入された。

患者の選択とNHSのキャパシティの増、インセンティブの考え方が必要、この二つのものをつながりがPBRの導入から財政的圧力が生じながらであることが与えられたものとする、予算上の制限と待機リストの目標が侵害されるべきでないとする、需要を抑制するより直接的な手段が必要となる。診療をベースにした購入 (practice based commissioning) すなわちPBC、あるいは彼らの患者に与えられるケアの費用に対する財政責任を一般診療に課することは二次ケアへのアクセスを割当られた予算内に制限するためにインセンティブを与えられるかもしれない。2005年4月から、そうすることを欲する開業医診療は指標となる購入予算を与えられるであろうという『NHS改善プラン』(The NHS Improvement Plan 2004)は微温的な支援を受けた。その制度へ急いで参加の署名をするものは少なかった。

『患者主導のNHSをつくる』は「提供の需要のリスクの管理においてPBCの重要性を認め、PCTsは彼らの診療のすべてが2008年までに購入に積極的に参加するのにいかにすればよいか考える必要があるとしていた。保健省は『患者主導のNHSを購入する』を2005

年に発表した。そして、全NHSを通じて購入を展開し、2006年12月までに診療をベースにした購入 (practice-based commissioning) を展開するプランの概要を定めPBCの普遍的カバー期限を2006年12月としていた。⁸⁰⁾

これらのプランはより密接に地方当局の境界を反映すべく大規模な再統合を結果し、その結果、PCTsの数の減少をもたらすと考えられている。PCTsの再結合は2006年10月までに完了し、それにともない戦略保健当局の変化は2007年までに完了する。2005年の綱領で、労働党は流線型にした対策から2億5000万ポンドを解放すると約束した。

「患者主導のNHSの購入」は単に変化を提供するだけでなく節約ももたらすとした。

そして、戦略保健当局は彼らの地方の保健コミュニティと協同することを求められた。

そして以下の範疇に対して評価されるべきであるとした。

- ・高い質、安全なサービスを保証する。
 - ・健康を改善し、不平等を削減すること。
 - ・開業医の仕事の従事を改善して証拠を示しうる診療支援でPBCの伸び (roll-out) を改善する。
 - ・公的な関与を改善する。
 - ・購入と資源の効果的な使用を改善する。
 - ・財政のバランスとリスクを管理する。
 - ・PCTと地方政府の境界の一層大きな一致を通じてソーシャルサービスとの調整を改善する。
 - ・少なくとも管理運営費の15%の削減をすること。
- もし、以上のとおりになるとすれば戦略保健当局(28から11に)とPCTsの数の減少を結果することとなる。

ロンドンのPCTs (31) の数は決定されていないが、ロンドン以外の271のPCTsは100ぐらいになるという。非常な常用が第一線のプライマリケア臨床医の従事と地方の臨床及び財政上の責任をそろえるためにPBCの延伸に置かれている。PBCはまた「患者にとって一層便利なコミュニティをベースにしたサービスを作るために」患者の細道 (pathways) の再設計に開業医の参加をとまなう。⁸¹⁾

変化の性質—教会から修理工場へ

クライン (Rudolf Klein) はいう。「NHSが生まれた世界はもはや存在しない。労働党の首相としてのアトリー (Clement Attlee, NHS法の1946年成立時の首相) とブレア (Tony Blair) を分断した半世紀は・・・

NHSの社会的、経済的ならびに政治的環境の変質を証明した。・・・政策決定者の仮想的 (assumptive) 世界に変質があった。アトリーの時代を画した—そしてNHSを形成した—集産主義と中央計画への信条は過去のものとなった。新しい公的な哲学—国家の役割について一層懐疑的で、おそらくはより個人主義的な—が生まれた。

NHSの環境を劇的に変えたのみならず、NHS自体の役割も、大臣たちの基金、組織あるいは構造に殆どあるいは全く関わりのない理由のために劇的に変化した。保健ケア、医療技術に対する要求の型も変化した。一方で冠状心臓病及びガンが新しい流行病となり、感染症に大きく置き換わった。そして関節炎や認知症のような慢性的退行状態が高齢人口の間でますます重要になってきた。他方で、新薬や外科手術や診断設備の革新が医療診療に革命をもたらしたのみならず、以前になかった治療の可能性をも作り出した。

長期入院は過去のものとなり、一方で立ち寄り治療 (drop-in repairs) は新しい現実である。手術の80%はデイケース (day cases) として行われている。論点は明白である。

しかし、多くの政府の政策決定がNHSの切羽 (coalfase) で継続的に展開する慣行の過程によって作られる挑戦あるいは機会への反応であるという事実を強めるために強調された。それで、臨床技術評価機構 (National Institute of Clinical Excellence) の創設は絶えず拡大する医療機器 (medical armoury) の財政的挑戦への反応とみられうる。一方で独立治療センターの導入は昼間の外科手術 (day surgery) により作られた機会を搾取するものとみなされうる。他の保健ケア施設と同様、NHSはそれ自身のはずみとリズムを持つ。」⁸²⁾

NHSの内在する変化の重要性はそこで終わらない。医学校の卒業生の半分以上は女性である。結果としてどうであれ、医業の内部での態度は変わりつつある。台頭してくる医師の世代は医業を職業よりもキャリアとしてみ、彼らは前任者よりも他のものと同様、医業を仕事とみ、その仕事はキャリアと家族生活をバランスするように組織されるべきだと考える。同時に、異なる保健専門の間のバランスも保健ケアの提供はチーム努力であると認識して、移行しつつある。過去の20年そこらにわたる政府主導の専門職規制の変化はNHSの初期の歴史から予期されるであろうほどの反対に遭遇しなかったとするならば、それは少なくとも部分的には専門職自体が変化したためであろうと言わ

れる。⁸³⁾

NHSの環境を強調する一方で、説明を必要とする事柄は、サッチャーやブレアにより導入された劇的な変化よりも、その規定する特徴はその過程において無傷のままに生き延びたことである。国民保健サービスは、保健ケアが提供の時点で無料で利用できる租税で資金を提供する (ただし、若干部分は国民保険のなかの国民保健サービス保険料として含まれているが、国民保険料を支払えない人も除外されていない) 普遍的なサービスとしてとどまっている。変化の波はNHSをめぐって渦巻くが、それをぬぐい去らない。国民的な問題であるとしばしば思われる制度は国民の宝として生き残っている。

そうしたなかでの保健ケアの準市場の導入であった。その先鞭をつけたのは1980年代のサッチャーであった。1997年に政権をとった労働党政府は保守党改革ことに保健ケアの改革の基礎にある準市場原理をもとと拒否した。それは部分的にはイデオロギー的な理由からであったが、部分的にはある領域で彼らの提案者が期待した行動及びパフォーマンスの劇的な変化を提供していないと考えられたためでもあった。

しかし、NHSを運営する代替的な方法に関する政府の実験は、制度に対する「命令と統制」(command and control) を主張する企てを含めて、多くの主たる俳優に何らかの準市場の要素が少なくともイギリスのNHS内で試みられるべきだと信じせしめたのである。

少なくとも新労働党に属すると考えられる人びとはそう考えた。

ル・グラン (Julian Le Grand) によると、より特定的には政府は、(a) 選択的外科手術の病院について患者選択を拡大する、(b) 資金の選択に従うことを可能にせしめるいわゆる「成果による支払い」(PBR) を通じて提供者間の競争を奨励する、(c) ファウンデーショントラスト (FTs) の創設を通じて病院及び他のNHSの組織の制度に一層大きな独立性を与える改革を導入した。⁸⁴⁾

政府はまた診療をベースにした購入 (practice-based commissioning-PBC) の名のもとに2004年に開業医基金保持 (GP fundholding) を効果的に導入した。それはすでに1997年のホワイトペーパー『新NHS：現代的な頼りになる』にふれられており、同年の『NHS改善プラン』(The NHS Improvement Plan) には詳細に述べられていた。そして事実、幾つかの点で、その前任者 (保守党) より更に進んだ選択的手術及び特

殊症状に対する特別の治療センターを提供するのに民間セクターの企業と契約し、伝統的な開業医診療をこえて可能な一連のプライマリケアの提供者を拡大することを試みることになった。

ともかく、進化の信奉者である新労働党にとって、NHSの生き残りは対外的及び対内的環境への適応にかかっていた。気の利いた設計の信奉者はNHSを教会とみる。進化の信奉者はそれをガレージ(修理工場)とみると、クラインはいう。NHSの二つのモデルの異なった要素及び特徴は彼によると以下の表のとおり

対応するモデル

モデルⅠ： 教会としての保健ケア	モデルⅡ： (大改革のモデル) ガレージとしての保健ケア
パターンリズム	コンシューマリズム
計 画	応答性
ニード	需 要
優 先	選 択
信 頼	契 約
普遍的	多元的
安全性	適応性

Rudolf Klein, *The New Politics of the NHS-from creation to reinvention*, 5th edition, 2006 P.254.

である。

世俗的な教会としての保健ケアモデルはアノイリン・ベヴァン(NHSを創設しNHS法を通過させた1946年当時の労働党の保健大臣)の門人たちにより数十年間にわたって維持され注意深く面倒をみられた伝統をあらわす。NHSの創設は社会的な共有(communion)の行為とみられ、そこではすべての市民は医師の眠において平等である。

しかし、それは誰が何をすべきかを決定するのは医師であるだろうという過程に基づいたモデルである。⁸⁵⁾

ガレージとしての保健ケアの代替的なモデルは明確に規定されたものではなかった。

しかし、それは患者推進のNHS及び保健ケアに対する疑似市場(mimic market)の設計の祈求に暗黙に含まれているという。このモデルでは決定は専門家によってではなくて消費者の選好によって推進される。ガレージの間で選択する能力は重要である。消費者の複数の選択が与えられるものとする、提供の多様性

は奨励されるべきである。選択と競争は次に一層大きな反応に導く(効率とともに)。専門的な提供者は無私の愛他主義者であると信じることは出来ない。それで適切なインセンティブと資質テストが要求される。しかし、消費者主権は消費者の責任を持つものであることを意味する。⁸⁶⁾

すべてのこれらのモデルは複雑な現実を大まかに単純化したものである。モデルⅠからモデルⅡへの移行は漸進的であった。ただ、NHSの引力の中心はパターンリズムからコンシューマリズムへ、ニードから需要へ、計画から選択へ移行したことは事実である。

同様に意志決定制度は数十年にわたって専門職による大学の統制に主に依存していたものから官僚的、ヒエラルキー的な統制に移行した。それは次に一層市場指向的なアプローチに移っていった。しかし、それはいかなる場合でも完全なものではない。事実、多くの試行錯誤を繰り返し、レイヤーケーキの形で進められた。政策は社会的主義の道具としてNHSを生んだ価値により今なお形づくられているとクラインは言う。それゆえ、改変におけるブレア政府の政策は教会の最良の特徴をガレージの最も魅力的な特徴と結合する企てとしてもっとも良く述べられているという。⁸⁷⁾

注釈

本稿は前稿「イギリス国民保険サービスの再形成へ」(山口県立大学大学院論集第8号, 2007年)の続編である。第5部は前稿に続くもので「変革された国民保健サービスの基礎的構造とその枠組み」の続きである。これについては制度がきわめて複雑であり、他に理解し易い適切なものが殆どないので、Alison Talbot-Smith and Allison M. Pollock, *The New NHS: A guide*, 2006によっている。

- 1) Alison Talbot-Smith and Allison M. Pollock, *The New NHS, A guide*, 2006, PP.78-9.
- 2) *Ibid.*, PP.79-83.
- 3) *Ibid.*, PP.83-87.
- 4) *Ibid.*, P.87.
- 5) *Ibid.*, P.88.
- 6) *Ibid.*, PP.89-95.
- 7) *Ibid.*, PP.95-6.
- 8) *Ibid.*, PP.96-9.
- 9) *Ibid.*, PP.96-100.
- 10) *Ibid.*, PP.104-8.
- 11) *Ibid.*, P.108.
- 12) *Ibid.*, PP.108-9.

- 13) *Ibid.*, PP.109-10.
 14) *Ibid.*, P.110.
 15) *Ibid.*, PP.110-2.
 16) *Ibid.*, PP.112-3.
 17) *Ibid.*, PP.113-4.
 18) *Ibid.*, P.114.
 19) *Ibid.*, PP.114-6.
 20) *Ibid.*, PP.116-7.
 21) 保健当局は当時, 地区 (district) の住民のためにサービスを購入する。
 (commissionned or purchased) 組織であった。その後, PCTs (Primary Care Trusts) により置きかえられた。
 22) *Ibid.*, PP.117-8.
 23) *Ibid.*, PP.121-2.
 24) *Ibid.*, P.122.
 25) *Ibid.*, PP.122-3.
 26) *Ibid.*, PP.123-4.
 27) *Ibid.*, PP.124-6.
 28) *Ibid.*, P.126.
 29) *Ibid.*, PP.126-7.
 30) *Ibid.*, P.127.
 31) *Ibid.*, PP.127-8.
 32) Rudolf Klein, Transforming the NHS : the story in 2004, edited by Martin Powell, Linda Bauld and Karen Clarke, *Social Policy Review* 17, 2005, PP.51-2. 33) 家庭保健サービス当局 (Family Health Service Authorities-FHSAs) は家族の保健につき代表的な管理的機関で, 1991年に家庭医委員会 (Family Practitioner Committies-FPCs) 置きかわった。FHSAsは一般開業医が行うことを期待されることを詳細に規定し, 契約を制御する義務を有した。例えば, 契約は開業医に75歳以上のすべての患者に年次健康診断 (annual health check) を遂行することを求めたのみならず, その評価がいかに遂行されるべきかをも明確に述べている。FHSAsは個々の開業医に説明することを求めることが出来た。事実そうする法定の義務を有した。FHSAsはその前任のFPCsと対照的にプライマリ保健ケアを積極的に期待されていることは明白である。それですべてではない。一般開業医を彼らの患者により反応的にする政策目標の遂行において報酬制度にインセンティブを強化することに加え, 警告を誘導すべく計算された一連の変化を導入した。開業医は将来, 年次報告書を提出しなければならなくなる。なお, 1991年に廃止されたFPCsは1974年の再組織の子であり, 専門職の代表のコラボラティスト原理を体現しており, 30人のメンバーのうち3人は地方医療委員会により任命され, 一般診療の運営に医師側の強力な発言があった。対照的にFHSAsは11人のメンバーの小さな管理的な機関であり, 11人のメンバーのうち一人のみが一般開業医であり, その一人の人物は地域保健当局 (regional health authority) によって代表的なものとしてではなく個人的な資格で任命される。
- 34) Rudolf Klein, *The New Politics of the NHS : From Creation to reinvention*, 5th edition, 2006, P.172.
 35) *Ibid.*, P.174.
 36) *Ibid.*, P.174.
 37) *Ibid.*, P.175.
 38) *Ibid.*, PP.175-6.
 39) Calum Paton, *New Labour's State of Health, Political Economy, Public Polcny and the NHS*, 2006, PP.95-6.
 40) Klein, *ibid.*, P.193.
 41) *Ibid.*, P.193.
 42) これらの移行については檜原『イギリス社会保障の史的研究 V (20世紀から21世紀へ)』2005, 法律文化社, 第1及び第2章を参照のこと
 43) Klein, *Ibid.*, P.194.
 44) *Ibid.*, P.196.
 45) *Ibid.*, P.196.
 46) *Ibid.*, P.196.
 47) Paton, *Ibid.*, PP.61-2.
 48) Klein, Transforming the NHS, *Social Policy Review* 17, P.57.
 49) Klein, *ibid.*, *Social Policy Review* 17, P.57.
 50) Paton, *ibid.*, P.61.
 51) Department of Health, The NHS Plan, 2000, P10.
 52) Paton, *ibid.*, P.62.
 53) *Ibid.*, PP.62-3.
 54) *Ibid.*, P.63.
 55) *Ibid.*, P.63.
 56) *Ibid.*, PP.63-4.
 57) Klein, The Politics of the NHS, P.216.
 58) *Ibid.*, P.216-7.
 59) *Ibid.*, P.217.
 60) *Ibid.*, P.217.
 61) Ruth Mcdonald, Creating a patient-led NHS :

empowering consumers or shrinking the state?
 edited by Linda Bauld, Karen Clarke and Tony
 Maltby, *Social Policy Review* 18, 2006, P.34.

- 62) Klein, *ibid.*,P.217.
- 63) *Ibid.*, PP.217-8.
- 64) *Ibid.*,P.218.
- 65) *Ibid.*, PP.218-9.
- 66) *Ibid.*,P.219.
- 67) *Ibid.*,P.219.
- 68) *Ibid.*, PP.241-2.
- 69) *Ibid.*,P.242.
- 70) *Ibid.*,P.243.
- 71) Klein, *Ibid.*,P.243.
- 72) *Ibid.*, PP.243-4.
- 73) Secretary of State for Health, *Our Health, our care, our say : a new direction for community service*, Cm 6737, 2006, PP.6-7.
- 74) Klein, *Ibid.*,P.244.
- 75) MacDonald, Creating a patient-led NHS, *Social Policy Review* 18, P.41.
- 76) *Ibid.*,P.42.
- 77) Department of Health, *Creating a patient- led NHS : Delivering the NHS Improvement Plan*, 2005, P.15
- 78) *Ibid.*,P.15.
- 79) MacDonald, Creating a patient-led NHS, *Social Policy Review* 18, P.42.
- 80) MacDonald, Creating a patient-led NHS, *Social Policy Review* 18, P.42.
- 81) *Ibid.*,P.43.
- 82) Rudolf Klein, *The New Politics of the NHS, from Creation to reinvention*, 5th edition, 2006, P.252.
- 83) *Ibid.*,P.253.
- 84) Julian Le Grand, Ouasi-markets in Health Care, edited by John Hills, Julian Le Grand and David Piachaud, *Making Social Policy Work*, 2007, PP.131-2.
- 85) Klein, *ibid.*, PP.253-4.
- 86) *Ibid.*,P.254.
- 87) *Ibid.*, PP.254-5.